



MCMI - IV

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-IV

Th. Millon, S. Grossman y C. Millon

Manual



Pearson

Agradecimientos de Pearson Clinical & Talent Assessment

Para Pearson Clinical & Talent Assessment supone una gran satisfacción poner a disposición de los profesionales de la psicología el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV), una herramienta basada en la teoría evolutiva de Millon que permite una evaluación completa de la personalidad y la psicopatología de los adultos que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico.

La adaptación española del MCMI-IV ha requerido la dedicación y el esfuerzo de muchos profesionales, a los que queremos transmitir nuestro más sincero agradecimiento.

En primer lugar, nos gustaría expresar nuestra gratitud a los expertos que participaron en el proceso de adaptación de los ítems del MCMI-IV: Enrique J. Carbonell Vayá, Violeta Cardenal Hernández, Margarita Ortiz-Tallo y M.^a Pilar Sánchez López. Asimismo queremos dar las gracias a Montse Alberte Montserrat, por su participación como experta en la adaptación de los ítems y en la traducción y revisión lingüística del material del test.

En segundo lugar, nos gustaría agradecer el trabajo de M.^a Pilar Sánchez López y Violeta Cardenal Hernández como coordinadoras de la recogida de la muestra. También queremos dar las gracias a Ana M. Gaviria y José G. Franco Vázquez por su asesoramiento en el diseño de la muestra, a M.^a Pilar Sánchez López por el trabajo de revisión técnica del manual y a Enrique J. Carbonell Vayá por el trabajo de validación de los perfiles clínicos obtenidos con los baremos españoles del MCMI-IV.

En tercer lugar, queremos reconocer y agradecer la labor de los psicólogos que participaron en la recogida de datos de las muestras de las fases experimental y de tipificación, quienes actuaron con gran diligencia y profesionalidad, respetando siempre los criterios de estratificación asignados por Pearson:

Norte

Rebeca Aritio Solana

M.^a Guadalupe de los Mártires Jiménez

Mar Estrada López

M.^a José Garabito Ramos

Leticia García Álvarez

Juan Manuel García Haro

Jesús-Gabriel González Armendia

Marta González González

Susana Gonzalo Martínez

Asun Santos

Javier Vicente Alba (Hospital Neuropsiquiatría El Pinar)

Sur

M.^a de los Ángeles Antelo Lorenzo

Vanessa González Herero

Fermín González Higuera

M.^a José Hernández Rojo (Asociación APICES)

Rosa M.^a Limiñana Gras

Francisco Martín Murcia

Iluminada Ramos Motos (Fundación ARMAI-TLP)

Celia Sánchez Serrano

Juan Francisco Rodríguez Testal

Pilar Rueda Gallego

Pedro Torres Hernández

Macarena Vallejo Martín

Este

M.^a Antonia Amaro Carriba
Enrique José Carbonell Vayá
M.^a Purificación de Vicente Manzanaro
Adela Fusté Escolano
Carmen Saldaña
Itxaso T. Figueras Uranga

Jesús Herranz Bellido
Rosa M.^a Patró Hernández
María Patiño Ortega
Héctor Díaz Peraza
José Ruiz Rodríguez

Norte

M.^a José Collado Mateo
Marta Galtier Gómez
Marta Alicia Giménez Páez
M.^a Ángeles Hernández Pachón
Cristina Larroy García

Ana Ordóñez López
Irene Rodrigo Holgado (Fundación para la Investigación
Biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre)
Clara Ruiz García
Júlia Vidal Fernández

Por último, no queremos olvidarnos de los profesionales Erica Paradell, Mario Pérez y Louis-Charles Vannier, que han trabajado incansablemente durante meses aportando su experiencia para ofrecer a los psicólogos españoles una nueva herramienta que, sin duda, contribuirá a mejorar la evaluación de los trastornos psicológicos en los adultos.

Ana Hernández y Cristina Aguilar, psicólogas del Departamento de I+D
Frédérique Vallar, psicóloga y directora del Departamento de I+D

La naturaleza no satisface nuestra necesidad de orden en el universo. El mundo natural es complejo e intrincado, y ello no solo dificulta establecer relaciones entre los fenómenos, sino también encontrar formas sencillas de clasificar y agrupar dichos fenómenos. En nuestro deseo de descubrir el orden esencial de la naturaleza, nos vemos obligados a seleccionar, de entre el número infinito de elementos seleccionables, únicamente unos pocos; y al hacerlo, reducimos nuestra elección solo a aquellos aspectos de la naturaleza que consideramos que pueden responder nuestras preguntas. Los elementos seleccionados pueden etiquetarse, transformarse y reagruparse de muy distintas maneras. Pero hemos de tener presente que esas etiquetas y transformaciones no son «realidades». Las definiciones, los conceptos y las teorías que crean los científicos son solo herramientas opcionales que los orientan en sus observaciones e interpretaciones del mundo natural; sin embargo, es necesario reconocer que pueden coexistir conceptos y teorías diferentes como enfoques alternativos a un mismo problema básico.

THEODORE MILLON

Cualificación de los profesionales

El *Inventario clínico multiaxial de Millon-IV* (MCMI-IV) se diseñó para evaluar, diagnosticar y tratar a los pacientes con problemas emocionales e interpersonales. Los profesionales que utilicen esta herramienta deben tener formación en psicología y, en concreto, en la aplicación, corrección e interpretación de escalas de la personalidad; así como experiencia supervisada en estos instrumentos. Además, es muy conveniente que conozcan con detalle y comprendan la teoría evolutiva de Millon. Los profesionales que trabajen con pacientes clínicos de grupos especiales (p. ej., personas con problemas sensoriales o cuya lengua materna no es el español) deben tener formación y experiencia específicas en la evaluación de estas poblaciones.

Dada la variabilidad de los requisitos de certificación y de los títulos profesionales, no es posible determinar únicamente por el título, acreditación o certificación quién está calificado para utilizar el MCMI-IV. De acuerdo con los principios presentados en *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] y National Council on Measurement in Education, 2014), cada profesional debe decidir si su formación y experiencia lo capacitan para utilizar e interpretar el MCMI-IV adecuadamente. En la web de Pearson figura más información sobre la cualificación de los profesionales.

La evolución de los instrumentos psicológicos consolidados, en especial los que tienen una larga tradición clínica y teórica como el MCMI, conlleva su actualización, al igual que cualquier otro producto o creación que sea culturalmente representativo. Aunque el original conserva su singularidad (y es especial para quienes lo utilizan, admiran o aprecian), el tiempo no se detiene y los conocimientos y la tecnología avanzan. Por consiguiente, el original, aun no siendo tan representativo del tiempo actual ni tecnológicamente tan avanzado como la última versión, puede ejercer la fundamental función de preservar la relevancia de la idea primigenia en la nueva versión, o bien convertirse en obsoleto. Cuanto más perdurable sea la idea primigenia, en mejor posición se encontrará el original para que su función perviva durante muchas generaciones. Por ello, las mejores versiones son las que integran la esencia del original en un desarrollo actual que refleja plenamente el tiempo presente y su objetivo.

Mientras elaborábamos esta edición del MCMI, nos encontramos con un nuevo motivo para reflexionar sobre estos principios. Cuando ya se había definido la estructura de esta versión del instrumento y se había creado la mayor parte de los nuevos contenidos, Theodore Millon enfermó y falleció. Siguiendo su voluntad, nuestro principal objetivo para la cuarta generación del MCMI es seguir la tradición establecida por su teoría y perspectiva sobre la evaluación de la personalidad tal como se ha desarrollado en las últimas cuatro décadas, y, al mismo tiempo, dar respuestas precisas a los retos y necesidades de la práctica clínica contemporánea. El MCMI-IV no solo conserva su fundamentación teórica, sino que también refleja las actualizaciones más recientes de la teoría evolutiva. En esta nueva versión se ha aplicado la teoría de forma sumamente reflexiva para lograr el que siempre ha sido el objetivo de Millon: ayudar a los profesionales en la planificación terapéutica.

La fundamentación teórica del MCMI-IV lo distingue del resto de los instrumentos de evaluación psicológica autoinformados, como los basados en métodos inductivos/factoriales y de criterio externo; y sostenemos que con este marco deductivo es posible obtener un reflejo totalmente contextual de una persona. La teoría permite tener una visión integrada de las motivaciones básicas de una persona, dado que se expresan a través de sets cognitivos, autorreflexiones, defensas, conductas inmediatas y sociales y tendencias biofísicas, lo cual no es posible con una metodología más segmentada y empíricamente dependiente. Ahora bien, el empirismo no puede desempeñar únicamente un papel secundario, aspecto criticado en los métodos del pasado basados casi exclusivamente, o en su totalidad, en la teoría. Otro objetivo del desarrollo del MCMI-IV ha sido aplicar los avances de la metodología empírica que permiten reflejar la veracidad de la teoría de forma más precisa que los procedimientos más básicos del pasado. Nuestra mayor comprensión de la interdependencia de los procesos empíricos y teóricos de la construcción de tests nos ha permitido mejorar el inventario.

El desarrollo de un instrumento de evaluación psicológica no es, en absoluto, el proyecto de una única persona, ni de un pequeño equipo; al contrario, requiere el apoyo y la contribución de muchos otros profesionales además de los autores. Por ello queremos manifestar nuestro agradecimiento al equipo de desarrollo de Pearson Clinical Assessment, a Dicandrien, Inc., y a la familia Millon, así como a todos los profesionales, familiares y amigos que han contribuido, directa o indirectamente, con sus aportaciones y su presencia. Asimismo estamos especialmente agradecidos a todas las personas a las que el MCMI les ha permitido, o les permite, conocerse mejor.

Seth Grossman
Carrie Millon

Agradecimientos de Pearson Clinical & Talent Assessment	iii
Epígrafe	v
Cualificación de los profesionales	vii
Prólogo	ix
Ficha técnica.	xvii

Capítulo 1: Introducción 1

Características distintivas del MCMI-IV	1
Brevedad y tiempo de aplicación	1
Fundamentación teórica	1
Características estructurales	2
Puntuaciones de tasas base	2
Materiales.	2
Manual	2
Cuadernillo y hoja de respuestas	2
Plataforma online	2
Usos del MCMI-IV	2
Planificación del tratamiento y psicoterapia.	3
Evaluación forense	3
Evaluación neuropsicológica	3
Orientación matrimonial y terapia de pareja.	4
Investigación	4
Descripción de las escalas	4
Patrones clínicos de la personalidad	6
Esquizoide (escala 1)	6
Evitativo (escala 2A).	6
Melancólico (escala 2B)	6
Dependiente (escala 3)	6
Histriónico (escala 4A)	6
Tempestuoso (escala 4B)	6
Narcisista (escala 5).	7
Antisocial (escala 6A)	7
Sádico (escala 6B)	7
Compulsivo (escala 7)	7
Negativista (escala 8A)	7
Masoquista (escala 8B).	8
Patología grave de la personalidad	8
Esquizotípico (escala S)	8
Límite (escala C)	8
Paranoide (escala P)	8

Síndromes clínicos	8
Ansiedad generalizada (escala A)	9
Síntomas somáticos (escala H)	9
Espectro bipolar (escala N)	9
Depresión persistente (escala D)	9
Consumo de alcohol (escala B)	10
Consumo de sustancias (escala T)	10
Estrés postraumático (escala R)	10
Síndromes clínicos graves	10
Espectro esquizofrénico (escala SS)	10
Depresión mayor (escala CC)	10
Delirante (escala PP)	10
Facetas de Grossman	10
Escala 1: esquizoide	11
Escala 2A: evitativo	11
Escala 2B: melancólico.	11
Escala 3: dependiente	12
Escala 4A: histriónico	12
Escala 4B: tempestuoso	12
Escala 5: narcisista	13
Escala 6A: antisocial	13
Escala 6B: sádico	13
Escala 7: compulsivo	14
Escala 8A: negativista	14
Escala 8B: masoquista	15
Escala S: esquizotípico.	15
Escala C: límite	15
Escala P: paranoide.	16

Capítulo 2: Aplicación, corrección y generación del informe 17

Aplicación.	17
Población objetivo	17
Cualificación de los examinadores	17
Tiempo de aplicación.	17
Preparación y condiciones ambientales	17
Aplicación en papel	18
Aplicación online	18
Instrucciones de aplicación	18
Comprobación de las respuestas	19
Corrección y generación del informe	19
Introducción de las respuestas.	19
Puntuaciones directas	19

Tasas base	.19
Ajuste en función de la escala X (Sinceridad)	.20
Ajuste en función de las escalas A (Ansiedad) y CC (Depresión mayor)	.20
Percentiles	.20
Ítems sin respuesta	.20
Inventarios impuntuables	.21
Resultados inválidos	.21
Informe	.21
Comunicación de los resultados	.22

Capítulo 3: Base teórica 23

Teoría evolutiva de la personalidad de Millon	.23
Patrones de la personalidad	.24
Dominios funcionales y estructurales de los prototipos de la personalidad	.26
Dominios funcionales	.27
Expresión emocional	.27
Comportamiento interpersonal	.27
Estilo cognitivo	.27
Dinámicas intrapsíquicas	.28
Dominios estructurales	.28
Autoimagen	.28
Contenido intrapsíquico	.29
Arquitectura intrapsíquica	.29
Estado de ánimo/temperamento	.29
Sección transversal de los dominios de la personalidad	.29
Síndromes clínicos	.31

Capítulo 4: Interpretación 33

Patrones de la personalidad: hacia una relación clínica más estrecha	.35
Relaciones entre personalidad, síndromes y estresores	.36
Fase 1: Examen de la validez y de las circunstancias clínicas especiales	.38
Información clínica relevante	.38
Respuestas significativas	.38
Índices de validez y modificadores	.39
Indicadores de respuestas aleatorias (escalas V y W)	.39
Índice de Sinceridad (escala X)	.39
Índice de Deseabilidad social (escala Y)	.40
Índice de Devaluación (escala Z)	.40
Problemas de lectura	.40
Consideraciones sobre el estilo de respuesta	.40

Fase 2: Análisis de las elevaciones de las escalas, por separado y en conjunto, y de su configuración	41
Escalas de la personalidad	41
Interpretación por separado de las elevaciones de las escalas	41
Interpretación de la elevación de un conjunto de escalas y de su configuración	42
Facetas de Grossman	44
Escalas psicopatológicas	46
Fase 3: Incorporación de datos adicionales y elaboración de una imagen clínica completa	47
Historial psicosocial	47
Informe clínico y comentarios personalizados	48
Interpretaciones complejas	49
Obtención de los rasgos de la personalidad a partir de escalas de la personalidad con la misma elevación	49
Gravedad y funcionalidad de las personalidades patológicas	50
Escalas Histriónico, Narcisista y Compulsivo	51

Capítulo 5: Desarrollo de la versión estadounidense del MCMI-IV y adaptación española. 53

Desarrollo de la versión estadounidense	53
Actualización de las bases teórica y empírica	53
Creación de ítems	53
Fases experimental y de tipificación	54
Selección de los ítems definitivos y desarrollo de las escalas	55
Desarrollo de las facetas de Grossman	56
Índices de validez	56
Indicadores de respuestas aleatorias (escalas V y W)	56
Índices modificadores (escalas X, Y y Z)	57
Adaptación española del MCMI-IV	59
Traducción y adaptación de los ítems	59
Fase piloto	59
Fase experimental	59
Aplicación de la versión experimental	59
Muestra experimental	60
Análisis de los datos de la fase experimental	60
Fase de tipificación	60
Aplicación de la versión de tipificación	60
Muestra de tipificación	61
Composición final de la escala	63
Creación de los baremos	63
Puntuaciones directas	63
Tasas base	63
Conversión de las puntuaciones directas de las escalas de los patrones de la personalidad y las de los síndromes clínicos a tasas base	64
Conversión de las puntuaciones directas de los índices modificadores y de las facetas de Grossman a tasas base	66

Comparación de las tasas base por sexo y estado del paciente	. 66
Observaciones acerca de los baremos españoles	. 67
Capítulo 6: Fiabilidad y validez	. 69
Fiabilidad	. 69
Consistencia interna	. 69
Estabilidad temporal: test-retest	. 71
Validez	. 74
Intercorrelaciones de las escalas	. 74
Correlaciones con el BSI 18 y el MCMI-III	. 74
Eficiencia diagnóstica	. 79
Anexo A: Ítems.	. 83
Anexo B: Composición de las escalas	. 89
Anexo C: Ítems prototípicos.	. 97
Anexo D: Tablas de conversión	. 105
Anexo E: Equipo de expertos de la adaptación española	. 115
Anexo F: Criterios de inclusión	. 117
Anexo G: Cuestionario para el clínico	. 119
Bibliografía	. 123

Tablas

Tabla 1.1. Escalas del MCMI-IV y facetas de Grossman	. 5
Tabla 3.1. Niveles funcionales de los patrones de la personalidad en el espectro evolutivo	. 25
Tabla 3.2. Dominios funcionales y estructurales de la personalidad	. 26
Tabla 3.3. Atributos de los prototipos de la personalidad en los dominios funcionales y estructurales de la personalidad	. 30
Tabla 4.1. Estructura de las polaridades de las dimensiones para cada prototipo de la personalidad.	. 36
Tabla 4.2. Estructura de las polaridades de las dimensiones para los prototipos de las escalas 2A (Evitativo) y 3 (Dependiente)	. 49
Tabla 4.3. Atributos de los dominios funcionales y estructurales de la personalidad para las escalas 5 (Narcisista) y 3 (Dependiente)	. 50
Tabla 5.1. Clasificación de las respuestas en función de la puntuación directa de las escalas V y W	. 57
Tabla 5.2. Clasificación del estilo de respuestas en función de la puntuación directa del índice de Sinceridad	. 58
Tabla 5.3. Datos demográficos de la muestra de tipificación española	. 62
Tabla 5.4. Porcentajes de la gravedad de los trastornos clínicos según la clasificación de los profesionales	. 65
Tabla 5.5. Medias y desviaciones típicas de las tasas base por sexo y situación del paciente	. 67
Tabla 6.1. Consistencia interna de las escalas y facetas del MCMI-IV (datos españoles).	. 70

Tabla 6.2.	Datos demográficos del estudio de estabilidad test-retest y del estudio de las correlaciones con el BSI 18 y el MCMI-III (datos españoles)	.71
Tabla 6.3.	Fiabilidad test-retest de las escalas y facetas del MCMI-IV (datos españoles).	.72
Tabla 6.4.	Correlaciones entre las tasas base de las escalas del MCMI-IV (datos españoles)	.75
Tabla 6.5.	Correlaciones entre el MCMI-IV y el BSI 18 (datos españoles)	.76
Tabla 6.6.	Correlaciones entre el MCMI-IV y el MCMI-III (datos españoles)	.78
Tabla 6.7.	Valores de eficiencia diagnóstica de las escalas del MCMI-IV (datos españoles)	.80

Lista de Figuras

Figura 4.1.	Relaciones entre personalidad, síndromes y estresores	.37
Figura 4.2.	Fases del proceso de interpretación	.38
Figura 5.1.	Distribución de los examinadores	.61
Figura 6.1.	Combinaciones posibles en función de la clasificación del test y del criterio de referencia	.79

Nombre del test: *Inventario clínico multiaxial de Millon-IV*

Nombre original: *Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV*

Autor: Theodore Millon, Seth Grossman y Carrie Millon

Adaptación española: Departamento de I+D de Pearson Clinical & Talent Assessment en colaboración con M.^a Pilar Sánchez López y Violeta Cardenal Hernández.

Editor original: NCS Pearson Inc, 2005

Editor de la adaptación española: Pearson Educación, 2018

Aplicación: Individual.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de 18 años.

Tiempo de aplicación: Entre 20 y 30 minutos.

Objetivo: Evaluación de la personalidad y la psicopatología de los adultos que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Tipificación: Muestra de 889 pacientes.

Material: *Manual*, cuadernillo y hoja de respuestas.

Nivel de cualificación requerido: Nivel C; titulación superior en psicología o psiquiatría y experiencia profesional en diagnóstico clínico.

Aplicación: En papel o mediante plataforma *online*.

Corrección: Mediante plataforma *online*.

El *Inventario clínico multiaxial de Millon-IV* (MCMI-IV) es un instrumento autoinformado compuesto por 195 ítems y diseñado para evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos, a partir de los 18 años, que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico. Esta nueva edición del MCMI es una revisión significativa del MCMI-III, con numerosos y destacables cambios e incorporaciones. De acuerdo con la última conceptualización teórica de los trastornos de la personalidad formulada por Millon (2011), se ha añadido una nueva escala de patrón de la personalidad (escala 4B). Asimismo, por primera vez se han adaptado las facetas de Grossman a la población española. En cuanto a los ítems, se han modificado muchos de los existentes y se han añadido ítems nuevos con el fin de mejorar la interpretabilidad de las puntuaciones de las escalas y ofrecer a los profesionales información aún más relevante y útil clínicamente. Con estos cambios, el MCMI continúa siendo una herramienta clínica en evolución y con una sólida base teórica, fundamental en el ámbito de la salud mental y el bienestar de los pacientes.

Características distintivas del MCMI-IV

El MCMI-IV presenta una serie de características que lo distinguen de otros inventarios de personalidad. Entre ellas figuran la brevedad de aplicación del instrumento, la fundamentación teórica, las características estructurales comunes con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2014) y el uso de puntuaciones de tasas base.

Brevedad y tiempo de aplicación

El número total de ítems del MCMI-IV es lo suficientemente reducido como para poder utilizar el test en muchos contextos diferentes de diagnóstico y tratamiento, y lo suficientemente extenso como para permitir la evaluación de una amplia gama de dominios clínicamente relevantes. Con 195 ítems, el MCMI-IV es mucho más breve que otros instrumentos similares. Además, el lenguaje utilizado en los ítems se corresponde con el nivel de comprensión lectora de la educación primaria. Por ello, la mayoría de los pacientes pueden completar el inventario en menos de treinta minutos, de modo que se minimiza el esfuerzo y la fatiga del sujeto. En el anexo A figuran todos los ítems del MCMI-IV.

Fundamentación teórica

Cada una de las escalas de los patrones de la personalidad del MCMI-IV es una medida operativa de un trastorno derivada de la teoría evolutiva de la personalidad de Millon (Millon, 1969/1983, 1981, 1986a, 1986b, 1990, 2011; Millon y Davis, 1996). Aunque las escalas de síndromes clínicos no proceden explícitamente de la teoría de Millon, se han adaptado a su marco teórico. Las escalas del MCMI-IV miden, de forma directa y cuantificable, tanto las variables basadas en la teoría de Millon como las adaptadas a esta teoría. La interpretación de las elevaciones de las escalas y la configuración del perfil orienta hacia un diagnóstico específico del paciente y hacia dinámicas clínicas, así como hacia hipótesis sobre su historial social y su conducta actual.

Características estructurales

Desde su origen, el MCMI siempre se ha asociado estrechamente a la nosología profesional, como el DSM. Las escalas del MCMI-IV abarcan todos los trastornos de personalidad que incluye el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2014), así como otros patrones de la personalidad recogidos en la teoría general de Millon (2011). Las escalas del MCMI-IV se distinguen en función de si evalúan las características más persistentes de la personalidad del paciente o los trastornos clínicos agudos que presenta; además, están agrupadas en función de la gravedad psicopatológica. De este modo, se evalúan por separado el patrón caracterológico premórbido del paciente y su grado de patología. (Para más información sobre las escalas, véase la sección «Descripción de las escalas».)

Puntuaciones de tasas base

Una importante característica distintiva del MCMI-IV respecto de otros inventarios es el uso de tasas base. Muchos instrumentos de evaluación utilizan transformaciones de puntuaciones basadas en la distribución normal (p. ej., puntuaciones de percentil) que producen tasas de prevalencia artificialmente semejantes entre trastornos (p. ej., una incidencia casi idéntica entre la compulsión y la esquizofrenia). En cambio, el MCMI-IV intenta identificar a los pacientes a partir de los porcentajes que reflejan mejor la prevalencia subyacente en la población clínica. Este método no solo proporciona una base para la selección óptima de los distintos puntos de corte diagnósticos, sino que también garantiza que la frecuencia de los diagnósticos y los patrones de perfil obtenidos con el MCMI-IV son comparables con las tasas de prevalencia clínicas representativas.

Materiales

El MCMI-IV está formado por los materiales que figuran a continuación.

Manual

El manual incluye las instrucciones de aplicación, corrección e interpretación. Asimismo ofrece información sobre las escalas y su fundamentación teórica, sobre la teoría en la que se basa la evaluación, la fiabilidad y validez de las puntuaciones, el desarrollo del instrumento y el proceso de adaptación española. Los profesionales deben leer con atención el manual antes de utilizar cualquier otro componente del MCMI-IV.

Cuadernillo y hoja de respuestas

La aplicación del MCMI-IV puede realizarse en papel o por ordenador. El cuadernillo de respuestas incluye los ítems y las instrucciones necesarias para cumplimentar el inventario en papel. La hoja de respuestas incluye el espacio destinado para que el sujeto registre sus respuestas durante la aplicación en papel.

Plataforma online

La plataforma *online* de Pearson Clinical & Talent Assessment es un sistema web seguro y en línea que permite aplicar el MCMI-IV, corregirlo y generar el informe del perfil del sujeto. Cuando el inventario se ha aplicado mediante la plataforma *online*, las respuestas se almacenan automáticamente. Si, por el contrario, se prefiere aplicar el inventario mediante el cuadernillo de respuestas en papel, se deben introducir las respuestas en la plataforma *online* para realizar la corrección informatizada y generar el informe. (Para más información sobre los procedimientos de aplicación y corrección, véase el capítulo 2.)

Usos del MCMI-IV

El MCMI-IV es un inventario diseñado para proporcionar información sobre pacientes que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico en distintos contextos y con distintos objetivos, tales como centros ambulatorios, centros de salud mental, programas de orientación universitaria, hospitales, consul-

torios privados y ámbitos forenses. En los apartados siguientes se describe el uso del MCMI-IV en varios contextos y su utilidad para los distintos tipos de profesionales (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos y médicos), y en el capítulo 4 se desarrollan los distintos niveles de interpretación de los resultados.

Planificación del tratamiento y psicoterapia

Los tests psicológicos son cada vez más utilizados por los profesionales para elaborar intervenciones que se ajusten a los problemas de los pacientes. Autores con perspectivas teóricas diferentes han abordado el papel que desempeña la evaluación psicológica en la planificación del tratamiento (Anthony y Barlow, 2010; Bram y Yalof, 2015; Choca, 2004; Hurt, Reznikoff y Clarkin, 1991; Maruish, 2004; Retzlaff, 1995). Llevar a cabo una evaluación rápida y precisa de los síntomas y las características problemáticas de la personalidad permite que el tratamiento sea más eficaz, focalizado y efectivo. Estos aspectos y la brevedad del tratamiento son cada vez más relevantes en los planes de salud mental (Millon y Bloom, 2008; Millon, Grossman, Meagher, Millon y Everly, 2000; Millon y Grossman, 2007a, 2007b, 2007c).

Evaluación forense

La evidencia de las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación utilizados en el ámbito forense es crucial para establecer la admisibilidad de las pruebas periciales basadas en los resultados de dichos instrumentos. Las versiones anteriores del MCMI han sido ampliamente utilizadas en el ámbito forense, en especial en evaluaciones de procesos penales y de custodia de menores.

En los procesos penales se ha usado el MCMI a lo largo de todas las fases, desde la fase inicial de confesión del delito, cuando los trastornos de la personalidad pueden estar relacionados con la vulnerabilidad del sujeto al interrogatorio coercitivo, hasta la fase final de determinación de la pena, cuando se presentan los factores agravantes y atenuantes. La evaluación psicológica del acusado puede no llegar a ser un factor decisivo en la defensa de un delito, pero puede tener un valor mitigador significativo en la determinación de la pena.

El uso del MCMI en las evaluaciones de custodia de menores es controvertido (Quinnell y Bow, 2001). Por una parte, existe el comprensible interés en determinar el estado psicológico de los padres como un aspecto de su capacidad para asumir adecuadamente las responsabilidades paternas. Por otra parte, el MCMI-IV se desarrolló y baremó a partir de una población que fue evaluada en unas circunstancias muy distintas a las de los litigantes de la custodia. Los profesionales deben tener presentes estos dos aspectos antes de decidir utilizar el MCMI-IV en una evaluación de custodia de menores.

Evaluación neuropsicológica

El objetivo de una evaluación neuropsicológica es determinar el estado cognitivo de una persona. Independientemente de lo preciso que pueda ser un instrumento de evaluación cognitiva, si los resultados muestran que la causa de un déficit es un problema emocional, la opción de que se haya producido una lesión pierde peso. Por ello, en una evaluación neurológica exhaustiva se debe incluir una medida válida del funcionamiento emocional y de la personalidad. Asimismo, es importante medir la gravedad de la psicopatología porque los problemas emocionales graves pueden influir en los resultados neuropsicológicos.

Una de las ventajas del MCMI-IV respecto a otros instrumentos de evaluación de la psicopatología es que evalúa específicamente las características de la personalidad. Por lo tanto, permite diferenciar entre los estilos de la personalidad arraigados y las disfunciones emocionales que afectarían directamente a la evaluación. Otra ventaja relevante es su brevedad, especialmente conveniente en el ámbito de la evaluación neuropsicológica, dada la alta incidencia de problemas de atención en los pacientes.

Orientación matrimonial y terapia de pareja

En el ámbito de la orientación matrimonial y la terapia de pareja, las versiones anteriores del MCMI han demostrado su utilidad como herramienta de evaluación que permite conocer rápida y eficientemente los síndromes clínicos y los estilos o trastornos de personalidad de cada uno de los miembros de la pareja. A menudo, los patrones de perfil obtenidos sirven para entender las dinámicas intrapersonales e interpersonales que influyen en los problemas de la pareja. El terapeuta, después de haber realizado la evaluación y una entrevista con la pareja, puede comentar los posibles significados de los resultados del MCMI-IV con cada uno de los miembros, así como analizar de qué modo afectan los resultados a la relación. En otra sesión, los dos miembros de la pareja pueden exponer su valoración de los aspectos más relevantes, a partir de los cuales la pareja y el terapeuta pueden establecer los objetivos del tratamiento.

Cabe señalar de nuevo que el MCMI-IV se desarrolló y baremó a partir de una muestra clínica en cuyos criterios de inclusión no se contemplaba que los sujetos estuvieran buscando consejo matrimonial o terapia de pareja. Antes de aplicar el inventario en este ámbito, los profesionales deben considerar detenidamente si el MCMI-IV es apropiado para una persona que busca terapia diádica.

Investigación

El MCMI-IV es un instrumento muy adecuado para la investigación de los trastornos de la personalidad y la psicopatología. Las puntuaciones de las escalas, que son objetivas, cuantificadas y tienen una base teórica, y los patrones de perfil se pueden utilizar para formular y comprobar diversas hipótesis clínicas, experimentales y demográficas. La correspondencia con los criterios del DSM-5 y el uso de tasas base pueden resultar muy útiles para determinar los criterios de inclusión de las muestras. Las versiones anteriores del MCMI se han utilizado en centenares de estudios de investigación llevados a cabo en distintos contextos y países y con diferentes idiomas y poblaciones clínicas. Los autores del MCMI siguen fomentando este tipo de estudios y colaboran en investigaciones cuyo objetivo es mejorar la utilidad del instrumento tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. En www.millonpersonality.com se ofrece más información sobre la investigación con el MCMI-IV en Estados Unidos.

Descripción de las escalas

Las escalas del MCMI-IV están diseñadas para evaluar la personalidad y la psicopatología, y proporcionan la base sobre la que tomar decisiones terapéuticas efectivas. Como se muestra en la tabla 1.1, las escalas del MCMI-IV se agrupan en cuatro categorías: patrones clínicos de la personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves. En la tabla 1.1, debajo de las escalas correspondientes, también se presentan las facetas de Grossman, que se describen más adelante en este capítulo.

Tabla 1.1. Escalas del MCMI-IV y facetas de Grossman

Patrones clínicos de la personalidad

1	Esquizoide
	1.1. Interpersonalmente desvinculado
	1.2. Contenido escaso
	1.3. Temperamentalmente apático
2A.	Evitativo
	2A.1. Interpersonalmente aversivo
	2A.2. Autoimagen alienada
	2A.3. Contenido vejatorio
2B.	Melancólico
	2B.1. Cognitivamente fatalista
	2B.2. Autoimagen inútil
	2B.3. Temperamentalmente afligido
3.	Dependiente
	3.1. Expresivamente pueril
	3.2. Interpersonalmente sumiso
	3.3. Autoimagen inepta
4A.	Histriónico
	4A.1. Expresivamente dramático
	4A.2. Interpersonalmente buscador de atención
	4A.3. Temperamentalmente inconstante
4B.	Tempestuoso
	4B.1. Expresivamente impetuoso
	4B.2. Interpersonalmente eufórico
	4B.3. Autoimagen sobreestimada
5.	Narcisista
	5.1. Interpersonalmente explotador
	5.2. Cognitivamente expansivo
	5.3. Autoimagen admirable
6A.	Antisocial
	6A.1. Interpersonalmente irresponsable
	6A.2. Autoimagen autónoma
	6A.3. Dinámicas de irreflexión (paso al acto)
6B.	Sádico
	6B.1. Expresivamente precipitado
	6B.2. Interpersonalmente desagradable
	6B.3. Arquitectura eruptiva
7.	Compulsivo
	7.1. Expresivamente disciplinado
	7.2. Cognitivamente constreñido
	7.3. Autoimagen responsable
8A.	Negativista
	8A.1. Expresivamente resentido
	8A.2. Autoimagen descontenta
	8A.3. Temperamentalmente irritable
8B.	Masoquista
	8B.1. Autoimagen desmerecedora
	8B.2. Arquitectura invertida
	8B.3. Temperamentalmente disfórico

Patología grave de la personalidad

S.	Esquizotípico
	S.1. Cognitivamente circunstancial
	S.2. Autoimagen disociada
	S.3. Contenido caótico
C.	Límite
	C.1. Autoimagen inestable
	C.2. Arquitectura disgregada
	C.3. Temperamentalmente lábil
P	Paranoide
	P.1. Expresivamente defensivo
	P.2. Cognitivamente desconfiado
	P.3. Dinámicas de proyección

Síndromes clínicos

A.	Ansiedad generalizada
H.	Síntomas somáticos
N.	Espectro bipolar
D.	Depresión persistente
B.	Consumo de alcohol
T.	Consumo de drogas
R.	Estrés postraumático

Síndromes clínicos graves

SS.	Espectro esquizofrénico
CC.	Depresión mayor
PP.	Delirante

Patrones clínicos de la personalidad

Los patrones clínicos de la personalidad reflejan características de funcionamiento generalizadas y profundamente arraigadas que pueden perpetuar y agravar las dificultades cotidianas. Estas características están tan integradas y son tan automáticas que a menudo el sujeto no es consciente ni de su naturaleza ni de su potencial autodestructivo. En situaciones de adversidad persistente, estos estilos desadaptativos pueden descompensarse y pasar a ser moderadamente graves o muy graves.

De acuerdo con la teoría evolutiva de la personalidad y la psicopatología de Millon, el MCMI-IV permite evaluar doce patrones clínicos de la personalidad.

Esquizoide (escala 1)

Los sujetos esquizoides se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para sentir placer o dolor intenso, se muestran indiferentes a las relaciones sociales y tienden a ser apáticos, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas; actúan como observadores pasivos, desligados del beneficio y del afecto que aportan las relaciones humanas, así como de los requerimientos de las mismas.

Evitativo (escala 2A)

Los sujetos evitativos experimentan pocos refuerzos positivos procedentes de sí mismos o de los demás, siempre están alerta, preparados para distanciarse de las experiencias dolorosas o negativas de la vida. Su estrategia adaptativa refleja miedo y desconfianza hacia los demás. Mantienen una vigilancia constante para evitar que su anhelo de afecto resulte en la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. A pesar de sus deseos de relacionarse con los demás, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y mantener la distancia interpersonal necesaria.

Melancólico (escala 2B)

A diferencia de los sujetos esquizoides y de los evitativos, los sujetos melancólicos experimentan el dolor como un estado permanente en el que el placer ya no se considera posible. Algunos individuos melancólicos pueden tener una predisposición biológica o química hacia el pesimismo y el desánimo, mientras que otros muestran un estilo de desesperanza ante las pérdidas importantes determinado por la experiencia. El estilo de carácter melancólico puede verse determinado por el hecho de pertenecer a una familia muy triste o desanimada, estar en un entorno sin interés y tener una perspectiva sin esperanzas.

Dependiente (escala 3)

Los sujetos dependientes destacan por su falta de iniciativa y autonomía y han aprendido no solo a recurrir a los demás para obtener afecto, cuidados y seguridad, sino también a esperar pasivamente a que sean ellos quienes los dirijan. Se caracterizan por buscar relaciones en las que puedan apoyarse para conseguir afecto y orientación; y han aprendido que es más cómodo asumir un rol pasivo en las relaciones interpersonales, aceptar las atenciones y el apoyo que puedan encontrar, y someterse voluntariamente a los deseos de los demás a fin de conservar su afecto.

Histriónico (escala 4A)

Los sujetos histriónicos, al igual que los dependientes, recurren a los demás, pero maximizan la atención y los favores que reciben, manipulando los hechos de una forma superficial y entusiasta. Su comportamiento social inteligente y a menudo ingenioso transmite confianza y seguridad en sí mismo; sin embargo, debajo de esta apariencia, subyace el miedo a la autonomía real y la necesidad de recibir señales recurrentes de aceptación y aprobación casi constantemente.

Tempestuoso (escala 4B)

Los sujetos tempestuosos son muy alegres y animados, pero su persistente euforia, entrometimiento y volubilidad puede resultar irritante para los demás. Aunque son apasionados y entusiastas, se aburren con

demasiada facilidad y carecen de los recursos y la regularidad necesarios para llevar a término sus objetivos y planes. Sin control, su conducta puede llegar a ser más extrema, temeraria y errática. Con bastante frecuencia, este patrón tipo maníaco, puede conducir al agotamiento depresivo. De todo ello resulta un patrón de conducta impredecible, de pensamiento disperso y de acciones y estados de ánimo impetuosos e impulsivos, interrumpidos por arrebatos de ira momentánea y ansiedad temerosa.

Narcisista (escala 5)

Los sujetos narcisistas destacan por su egocentrismo egotista, por sentir placer simplemente centrándose en sí mismos. Sus sentimientos de superioridad pueden no estar basados en logros reales o maduros; sin embargo, los narcisistas conservan un aire arrogante de seguridad en sí mismos y, sin pensarlo demasiado ni pretenderlo conscientemente, explotan a los demás en beneficio propio. Aunque agradecen y fomentan los elogios y las atenciones que reciben de los demás, no necesitan logros reales o aprobación social para mantener su aire de esnobismo y superioridad pretenciosa. Su confianza extrema hace que no se sientan motivados a implicarse en las interacciones propias de la vida social.

Antisocial (escala 6A)

Los sujetos antisociales destacan por su desconfianza hacia los demás, su deseo de autonomía y su anhelo de venganza y recompensa por lo que consideran injusticias del pasado. Para contrarrestar el dolor y los estragos que prevén que les causen otras personas, se comportan de forma engañosa o cometen actos ilegales en beneficio propio. Son irresponsables e impulsivos, y justifican estas cualidades porque consideran que los demás son desleales y no se puede confiar en ellos. Su insensibilidad y crueldad son sus únicos medios de evitar el abuso y la victimización.

Sádico (escala 6B)

Los sujetos sádicos, a diferencia de los antisociales, pueden buscar placer y satisfacción personal humillando a otras personas y dejando a un lado sus derechos y sentimientos. Por lo general, son hostiles y sumamente combativos; y parece que las consecuencias destructivas de su conducta conflictiva, ofensiva y brutal les son indiferentes o les satisfacen. Aunque muchos encubren sus tendencias más maliciosas y de búsqueda del poder con acciones o profesiones públicamente aceptadas, sus actos dominantes, hostiles y a menudo persecutorios los delatan.

Compulsivo (escala 7)

Los sujetos compulsivos han sido intimidados y coaccionados para que acepten las exigencias y las decisiones que los demás les imponen. Su prudencia, control y perfeccionismo derivan de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el miedo a la desaprobación social. Esta ambivalencia la resuelven suprimiendo su resentimiento y exigiéndose mucho a sí mismos y exigiéndolo a los demás. Su disciplinada autocontención les permite controlar los sentimientos opositorios intensos, aunque ocultos; y de ello resulta una pasividad manifiesta y una aparente sumisión pública.

Negativista (escala 8A)

Los sujetos negativistas se debaten entre aceptar las gratificaciones que otros les ofrecen o perseguir sus propios deseos. Dado que vacilan entre la deferencia y el desafío y, a veces, la obediencia y la oposición agresiva, se enfrentan a interminables disputas y decepciones. Esta batalla representa una incapacidad para resolver conflictos similar a la de los sujetos compulsivos. Sin embargo, los conflictos de los negativistas persisten y permanecen cerca de la conciencia. Su conducta se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva o resistencia completamente mezclado con periodos de culpa y vergüenza.

Masoquista (escala 8B)

Los sujetos masoquistas se relacionan con los demás de una forma servil y autosacrificada, y les permiten que abusen o se aprovechen de ellos, quizá incluso los alientan a hacerlo. Cuando se muestran sus peores rasgos, muchos sostienen que merecen ser avergonzados y humillados. Para agravar su dolor y angustia, que pueden vivírselos como reconfortantes, los masoquistas rememoran activa y reiteradamente sus desgracias del pasado y, ante situaciones afortunadas, esperan que el resultado sea problemático.

Patología grave de la personalidad

Además de los doce patrones de la personalidad, la teoría de Millon recoge tres patrones de personalidad adicionales: esquizotípico, límite y paranoide, que representan estadios patológicos de la personalidad más graves. Estos tres patrones reflejan un deterioro gradual y lento de la estructura de la personalidad y se diferencian de los patrones clínicos de la personalidad en varios aspectos, especialmente en los déficits que afectan a la competencia social, y en los frecuentes, pero generalmente reversibles, episodios psicóticos. Por otra parte, debido a que su organización de la personalidad está menos integrada y sus estrategias de afrontamiento son menos efectivas que las de sus homólogos más leves (excéntrico, inestable y desconfiado), son especialmente vulnerables a las tensiones de la vida diaria.

Esquizotípico (escala S)

Los sujetos esquizotípicos prefieren estar aislados socialmente y tener mínimos vínculos y obligaciones personales. Su funcionamiento cognitivo tiende a ser desorganizado, piensan tangencialmente y a menudo parecen estar absortos en sí mismos y pensativos. Se distinguen por sus excentricidades y a menudo son vistos por los demás como personas raras o diferentes. Si su patrón básico es activo, muestran desconfianza ansiosa e hipersensibilidad; si es pasivo, muestran aplanamiento emocional y afecto deficiente.

Límite (escala C)

Los sujetos límites se caracterizan por su inestabilidad y labilidad afectiva. Experimentan estados de ánimo endógenos intensos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, a menudo intercalados con periodos de ira, ansiedad o euforia. Muchos de ellos tienen pensamientos recurrentes de autolesiones y suicidio, parecen extremadamente preocupados por conservar el afecto de los demás y tienen dificultades para mantener el sentido de su propia identidad. Asimismo, a menudo muestran una ambivalencia cognitivo-afectiva que se evidencia en sus sentimientos conflictivos de rabia, amor y culpa hacia los demás.

Paranoide (escala P)

Los sujetos paranoides se muestran desconfiados y en alerta hacia los demás y tensos y a la defensiva ante posibles críticas y engaños. Presentan una irritabilidad desabrida y tienden a hacer que los demás se exasperen o se enfaden. Asimismo se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento. A menudo expresan miedo a perder la independencia, lo que los lleva a resistirse enérgicamente a las influencias y al control externo.

Síndromes clínicos

Los síndromes clínicos que mide el MCMI-IV deben entenderse como trastornos integrados en el contexto de las escalas de patrones clínicos de la personalidad y las de patología grave de la personalidad. En los casos clínicos, a menudo se consideran ampliaciones o distorsiones del estilo básico de personalidad del paciente. Estos síndromes tienden a ser estados relativamente perceptibles o transitorios, que se intensifican o atenúan a lo largo del tiempo en función del impacto producido por las situaciones estresantes. Así, durante los periodos de malestar psicológico, los síndromes clínicos exageran o realzan el estilo básico de la personalidad. No obstante, independientemente de lo distintivos que parezcan, solo son significativos en el contexto de la personalidad del paciente y deberían evaluarse en referencia a ese patrón.

Dado que entre los síndromes clínicos y los patrones de la personalidad pueden existir varias covarianzas, es fundamental construir un modelo en el que se puedan especificar estas interrelaciones. La mayoría de los síndromes clínicos que se describen a continuación son reactivos y, por ello, de duración considerablemente menor que los trastornos de la personalidad. Por lo general, los síndromes clínicos representan estados en los que se manifiesta claramente un proceso patológico activo, a menudo acelerado por acontecimientos externos. Habitualmente aparecen de forma muy llamativa o espectacular y a menudo acentúan o intensifican las características más triviales del estilo de la personalidad premórbido o básico. Cuando la patología está activa, es frecuente que varios síntomas covaríen y que su grado de prominencia cambie a lo largo del tiempo.

Las siete escalas de síndromes clínicos (escalas A, H, N, D, B, T y R) y las tres escalas de síndromes clínicos graves (escalas SS, CC y PP) del MCMI-IV representan, respectivamente, trastornos de gravedad moderada y estadios más avanzados de psicopatología.

Ansiedad generalizada (escala A)

La mayoría de los pacientes ansiosos muestran un estado generalizado de tensión, que se manifiesta en la incapacidad de relajarse, en movimientos nerviosos y en una tendencia a reaccionar y sobresaltarse fácilmente. A menudo se quejan de molestias físicas de distinto tipo, como, por ejemplo, dolores musculares mal definidos, sudoración excesiva y náuseas. También es característico que presenten inquietud y temor por problemas que creen inminentes, un estado de alerta excesivo hacia todo lo que los rodea, y una irritabilidad generalizada.

Síntomas somáticos (escala H)

Los pacientes con síntomas somáticos están frecuentemente preocupados por su mala salud y por toda una serie de dolores desmesurados, pero en gran medida inespecíficos, en distintas partes del cuerpo. A menudo interpretan los periodos persistentes de fatiga o las molestias físicas de poca importancia como indicadores de enfermedades graves. Cuando realmente tienen alguna enfermedad, tienden a sobrevalorarla a pesar de que los médicos les digan que pueden estar tranquilos. Normalmente, estos pacientes utilizan los problemas somáticos para llamar la atención.

Espectro bipolar (escala N)

Los pacientes que experimentan desde síntomas ciclotímicos hasta síntomas bipolares de mayor gravedad pueden pasar por periodos de euforia superficial, autoestima exagerada, hiperactividad y falta de atención con nerviosismo, presión del habla, impulsividad e irritabilidad. También actúan con un entusiasmo poco selectivo; planifican en exceso objetivos poco realistas; son entrometidos, cuando no dominantes y exigentes, en sus relaciones interpersonales; necesitan dormir menos; tienen fugas de ideas y cambios de humor rápidos e inestables. En los casos extremos pueden presentar procesos psicóticos, como delirios y alucinaciones.

Depresión persistente (escala D)

Los pacientes con depresión persistente participan de la vida diaria, pero durante años han estado angustiados, con sentimientos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía y baja autoestima. Frecuentemente expresan sentimientos de inutilidad y hacen comentarios autodenigrantes. Durante los periodos depresivos puede haber muchos momentos de llanto, ideación suicida, visión pesimista del futuro, aislamiento social, falta de apetito o apetito excesivo, fatiga crónica, falta de concentración y una notable pérdida de interés por las actividades placenteras. Todo ello contribuye a que lleven a cabo las tareas cotidianas con menos eficacia.

Consumo de alcohol (escala B)

Los pacientes con una puntuación alta en esta escala probablemente tienen una historia de alcoholismo recurrente o reciente y han tratado de superar el problema con poco éxito. Consecuentemente se sienten muy mal en el ámbito familiar y laboral.

Consumo de sustancias (escala T)

Los pacientes con una puntuación alta en esta escala probablemente tienen una historia de drogadicción recurrente o reciente y les suele costar reprimir sus impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales. En muchos casos son incapaces de gestionar las consecuencias personales de su conducta.

Estrés postraumático (escala R)

Los pacientes con estrés postraumático han vivido o presenciado un acontecimiento relacionado con la muerte o con lesiones graves, ya sea real o amenaza, y ello les ha causado un miedo intenso, sentimientos de impotencia u horror. Estos acontecimientos traumáticos se reviven a menudo a través de sueños, pesadillas o recuerdos, que producen mucho malestar y ansiedad. Los pacientes pueden mostrar síntomas de activación ansiosa, como los sobresaltos exagerados y la hipervigilancia, y comúnmente se esfuerzan por evitar todo aquello que asocien con el trauma.

Síndromes clínicos graves

Espectro esquizofrénico (escala SS)

Los pacientes del espectro esquizofrénico pueden mostrar periódicamente conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas. A menudo parecen confusos y desorientados; y a veces muestran afectos inapropiados, alucinaciones aisladas y delirios no sistemáticos. Sus pensamientos pueden estar fragmentados o ser extraños, y sus sentimientos pueden estar aplanados. Asimismo estos pacientes pueden sentirse aislados de los demás e incomprensidos y mostrar conductas retraídas, solitarias y reservadas.

Depresión mayor (escala CC)

Los pacientes con depresión mayor suelen ser incapaces de funcionar en un entorno normal y a menudo tienen una visión pesimista del futuro, ideación suicida y un sentimiento generalizado de resignación sin esperanza. Con frecuencia también presentan miedos repetitivos y están meditados. Físicamente, algunos muestran un notable deterioro motor, mientras que otros están muy inquietos e incesantemente se lamentan de su deplorable estado. Estos pacientes también pueden sufrir insomnio, sentirse muy cansados y perder o ganar peso.

Delirante (escala PP)

Los pacientes delirantes habitualmente se encuentran en un estado paranoide agudo y periódicamente pueden mostrar agresividad y expresar delirios irracionales, pero interconectados, de temática celosa, persecutoria o de grandeza. También pueden presentar indicios de alteración del pensamiento e ideas de referencia, así como recelo y vigilancia constante ante una posible traición. Además, su estado de ánimo suele ser hostil y se sienten acosados y maltratados por los demás.

Facetas de Grossman

Las facetas de Grossman del MCMI-IV aportan información más precisa que las escalas de la personalidad del MCMI-IV. Cada escala de patrón clínico de la personalidad (escalas 1-8B) y cada escala de patología grave de la personalidad (escalas S, C y P) está caracterizada por tres facetas extraídas de los dominios funcionales y estructurales que se describen en el capítulo 3. Por tanto, se ofrece un total de 45 facetas asociadas a las 15 escalas de la personalidad del MCMI-IV. En la tabla 1.1 se presentan las facetas de Grossman bajo las escalas correspondientes.

Escala 1: esquizoide

Interpersonalmente desvinculado (1.1)

Estos sujetos se mantienen indiferentes y distantes y rara vez muestran una respuesta a las acciones o sentimientos de los demás. Prefieren las actividades solitarias y tienen mínimo interés por el resto de las personas. A menudo se quedan en un segundo plano, son distantes o discretos y no quieren establecer relaciones estrechas ni les gustan. Al contrario, prefieren tener un papel secundario en los ámbitos social, escolar y familiar.

Contenido escaso (1.2)

Estos sujetos carecen notablemente de representaciones objetales interiorizadas. Las pocas que tienen solo están mínimamente articuladas y, en gran medida, les faltan las percepciones y los recuerdos de sus relaciones con los demás. A diferencia de las personas más funcionales relacionalmente, disponen de poca interacción dinámica entre los impulsos psíquicos y los conflictos.

Temperamentalmente apático (1.3)

Estos sujetos no se alteran emocionalmente y muestran una insensibilidad intrínseca y frialdad. Refieren tener pocas necesidades afectivas o sexuales, y casi nunca manifiestan sentimientos apasionados o intensos. Aparentemente son incapaces de sentir placer, tristeza o ira con cierta intensidad.

Escala 2A: evitativo

Interpersonalmente aversivo (2A.1)

Estos sujetos evitan las actividades que suponen relaciones personales estrechas, y refieren un historial de ansiedad social y desconfianza. Buscan la aceptación, pero están poco dispuestos a implicarse en las relaciones a menos que tengan la certeza de que serán del agrado de los demás; y mantendrán la distancia y preservarán su privacidad para evitar sentirse avergonzados y humillados.

Autoimagen alienada (2A.2)

Estos sujetos se ven a sí mismos como socialmente ineptos, incompetentes e inferiores, lo que justifica su aislamiento y el rechazo por parte de los demás. Se sienten personalmente poco atractivos, subestiman sus logros y refieren una persistente sensación de vacío.

Contenido vejatorio (2A.3)

Las representaciones interiorizadas de estos sujetos están compuestas de recuerdos de relaciones tempranas problemáticas que son intensos y conflictivos y se reactivan fácilmente. Por consiguiente, tienen limitadas las opciones para sentir satisfacción o recordar momentos de plenitud, así como pocos mecanismos para canalizar sus necesidades, resolver conflictos o evitar estresores externos.

Escala 2B: melancólico

Cognitivamente fatalista (2B.1)

La actitud de estos sujetos ante prácticamente todo es derrotista y fatalista. Ven el lado más adverso de las cosas y siempre esperan lo peor. A menudo se sienten agobiados, desanimados y abatidos. Por ello, su interpretación de los acontecimientos es sumamente pesimista, y siente que las cosas nunca mejorarán.

Autoimagen inútil (2B.2)

Estos sujetos consideran que ellos no valen nada, que son insignificantes e irrelevantes. Les caracteriza una tristeza generalizada, y el menor error puede sumirlos en un estado más grave de desánimo. Además, se ven a sí mismos como personas que deberían ser criticadas y menospreciadas y que deberían sentirse culpables por no tener cualidades positivas o no haber hecho nada digno de admiración.

Temperamentalmente afligido (2B.3)

Estos sujetos están apenados, tristes, acongojados y malhumorados, y su estado de ánimo se intensifica por su tendencia a preocuparse, ver el lado negativo de todo y sentirse culpable. Pueden relacionarse con los demás, pero lo hacen por inercia y con poco entusiasmo. Su abatimiento y su tristeza casi permanente pueden minar la capacidad que tengan de disfrutar de la vida.

Escala 3: dependiente

Expresivamente pueril (3.1)

Estos sujetos se caracterizan por desvincularse de las responsabilidades propias de los adultos. Son dóciles y pasivos, muestran pocas competencias funcionales y evitan ser asertivos. Además, carecen de la seguridad propia de la madurez, tienden a parecer indefensos y buscan el afecto, la atención y la protección de los demás de una manera infantil.

Interpersonalmente sumiso (3.2)

Estos sujetos se someten a figuras más fuertes y protectoras, sin las cuales pueden sentirse angustiadamente solos y desvalidos. Necesitan recibir consejos y seguridad de forma desmesurada. Son obedientes, transigentes y conciliadores, y temen quedarse sin nadie que se ocupe de ellos.

Autoimagen inepta (3.3)

Estos sujetos se ven a sí mismos como débiles, frágiles e incompetentes. Carecen de confianza en sí mismos porque menosprecian su forma de ver las cosas y sus capacidades; por ello, no son capaces de hacer nada por sí solos. No obstante, gran parte de este autodesprecio tiene poca razón de ser; más bien se trata de una estrategia para conseguir elogios y apoyo de los demás.

Escala 4A: histriónico

Expresivamente dramático (4A.1)

Estos sujetos reaccionan exageradamente y son volubles, provocadores y cautivadores. Tienden a ser caprichosos, a entusiasmarse fácilmente y a no tolerar los fracasos, los retrasos ni las desilusiones. Por ello reaccionan de forma impulsiva, teatral y sumamente emocional. Les atraen los momentos de gran entusiasmo, las aventuras fugaces y el hedonismo con poca visión de futuro.

Interpersonalmente buscador de atención (4A.2)

Estos sujetos buscan o exigen, de forma activa, que los elogien; y manipulan a las demás para conseguir la seguridad, atención y aprobación que necesitan. Tienden a ser exigentes, coquetos, engreídos y seductoramente exhibicionistas, en especial cuando quieren ser el centro de atención.

Temperamentalmente inconstante (4A.3)

Estos sujetos tienden a ser muy sensibles emocionalmente y a mostrar sus sentimientos, positivos y negativos, que cambian a menudo con una facilidad inusual. Fácilmente pasan de estar alegres, animados y entusiasmados a ser impulsivos y a estar enfadados o aburridos. Poseen un alto nivel de energía y activación, así como un bajo umbral de reactividad autónoma.

Escala 4B: tempestuoso

Expresivamente impetuoso (4B.1)

Estos sujetos son enérgicos, decididos, emocionalmente excitables e intensamente entusiastas; tienen una gran vitalidad, y a menudo son inquietos e infatigables. Sin embargo, su espíritu incansable no necesariamente se traduce en logros efectivos; y, cuando esto sucede, pueden pasar a ser obstinados con los demás, incorrectos o potencialmente cáusticos y agresivos.

Interpersonalmente eufórico (4B.2)

Socialmente, estos sujetos son muy optimistas y animados y suelen intentar atraer a los demás con un entusiasmo contagioso. Por lo general son entusiastas, pero, cuando están bajo presión o especialmente eufóricos, pueden volverse entrometidos, autoritarios e innecesariamente insistentes.

Autoimagen sobreestimada (4B.3)

Estos sujetos se ven a sí mismos como una fuerza imponente, inspiradora y vigorosa, cuya energía omnipresente activa y estimula a los demás. Tienden a creerse invencibles, capaces de emprender y lograr más de lo objetivamente posible.

Escala 5: narcisista

Interpersonalmente explotador (5.1)

Estos sujetos se sienten con privilegios, carecen de empatía y esperan favores especiales a cambio de nada. Descaradamente, no valoran a los demás y los utilizan para satisfacer sus propios deseos y destacar.

Cognitivamente expansivo (5.2)

Estos sujetos tienen una imaginación desbocada, y sus pensamientos están centrados en fantasías inmaduras y vanagloriosas de éxito, belleza o amor. La realidad objetiva los limita muy poco, hacen su propia interpretación de los hechos y a menudo mienten para mantener sus fantasías sobre ellos mismos.

Autoimagen admirable (5.3)

Estos sujetos creen que son elogiados, especiales, únicos y dignos de toda admiración. Actúan con grandiosidad y seguridad en sí mismos, a menudo sin que haya motivos para hacerlo. También tienen la autoestima muy alta a pesar de que los demás piensen que son egoístas, desconsiderados y arrogantes.

Escala 6A: antisocial

Interpersonalmente irresponsable (6A.1)

Estos sujetos a menudo son personas desleales, en las que no se puede confiar, e incumplen o eluden deliberadamente sus obligaciones personales. No son en absoluto respetuosos con los demás y violan sus derechos. Sus conductas engañosas e ilegales conllevan la transgresión de los códigos sociales establecidos.

Autoimagen autónoma (6A.2.)

Estos sujetos se perciben libres tanto de las restricciones que provienen de las normas sociales como de la obligación de mantenerse leal a otras personas. Valoran la idea de libertad y disfrutan sintiéndose libres y sin responsabilidades. Sienten que no están limitados por personas, lugares, obligaciones o rutinas.

Dinámicas de irreflexión (paso al acto) (6A.3.)

Estos sujetos evitan las tensiones internas expresando, sin limitación alguna, pensamientos ofensivos y llevando a cabo acciones malintencionadas. No transforman los impulsos socialmente repulsivos en formas sublimadas, socialmente aceptables, sino que los liberan directa e impetuosamente, por lo general sin sentimiento de culpa ni remordimientos. Se ven a sí mismos como víctimas y no sienten la necesidad de racionalizar sus arrebatos.

Escala 6B: sádico

Expresivamente precipitado (6B.1)

Estos sujetos carecen de sensibilidad hacia los demás; les gusta discutir y polemizar; y tienden a reaccionar con arrebatos repentinos, inesperados e injustificados. Se muestran impávidos ante el dolor y no los amedrentan los posibles peligros o castigos. Reaccionan agresivamente con facilidad y es probable que, si se sienten insultados u ofendidos, actúen por venganza.

Interpersonalmente desagradable (6B.2)

Estos sujetos encuentran placer o satisfacción al intimidar, coaccionar, humillar o menospreciar a los demás. Tienden a ser ofensivos verbalmente, y muy posiblemente, agresivos física o sexualmente; y ello les proporciona una gratificación psicológica inmediata.

Arquitectura eruptiva (6B.3)

Estos sujetos tienen en su interior una energía de naturaleza agresiva o sexual que va creciendo y acaba manifestándose en forma de arrebatos impetuosos que amenazan con aniquilar su autocontrol, que en otras circunstancias es efectivo. Es probable que las experiencias dolorosas tempranas hayan dado lugar a intensas emociones residuales que expresan con inmediatez y de forma persistente y manifiesta. La idea de ser vulnerables, engañados y humillados los lleva a un estado constante de miedo intenso.

Escala 7: compulsivo

Expresivamente disciplinado (7.1)

Estos sujetos llevan una vida muy estructurada y estrictamente organizada. Tienden a ser estrictos y responsables y muestran la necesidad de mantener sus emociones bajo control. Pueden hablar con mucha precisión, así como vestir de un modo muy formal y correcto. Su búsqueda del perfeccionismo puede ser limitante y dificultarles la completa realización de las tareas habituales.

Cognitivamente constreñido (7.2)

Estos sujetos construyen el mundo en términos de reglas, normas, planificaciones y jerarquías sociales. Se disgustan fácilmente ante acontecimientos o costumbres que no les son familiares. Tienden a ser inflexibles y obstinados respecto al cumplimiento de las normas convencionales u oficiales. Cuando se enfrentan a una situación incierta, a menudo acaban bloqueados y son incapaces de tomar una decisión.

Autoimagen responsable (7.3)

Estos sujetos se ven a sí mismos como eficientes, disciplinados, meticulosos y diligentes. Se consagran al trabajo y a cumplir sus responsabilidades, y tienden a restar importancia a las actividades recreativas y de ocio. Su temor a ser vistos como irresponsables, como alguien que no cumple las expectativas de los demás o que suele cometer errores, puede llevarlos a sobrevalorar la disciplina, la perfección, la prudencia y la lealtad.

Escala 8A: negativista

Expresivamente resentido (8A.1)

Estos sujetos se resisten a cumplir las expectativas de los demás y, por ello, a menudo actúan con procrastinación e ineficiencia, y se muestran obstinados, opositores e irritantes. Fácilmente se sienten impulsados a comportarse con resentimiento, y exteriorizan la satisfacción que les produce socavar los placeres y las aspiraciones de los demás.

Autoimagen descontenta (8A.2)

Estos sujetos se ven a sí mismos como incomprensidos, desafortunados, poco valorados, gafados y menospreciados por los demás. Reconocen que están particularmente resentidos, insatisfechos y desilusionados con la vida. Tienden a mostrar envidia y resentimiento hacia las personas que, a su modo de ver, tienen una vida más fácil.

Temperamentalmente irritable (8A.3)

Estos sujetos son malhumorados y obstinados y se muestran resentidos; fácilmente se molestan y se exasperan por lo que hacen los demás, y, consecuentemente, tienden a replegarse enfurruñados y en silencio. Tienen baja tolerancia a la frustración, y pueden ser persistentemente impacientes, irritables e inquietos a menos que las cosas salgan como quieren.

Escala 8B: masoquista

Autoimagen desmerecedora (8B.1)

Estos sujetos se humillan a sí mismos y se consideran merecedores de deshonras, reproches y menosprecios. Por lo general, se centran en intensificar sus peores características. Es probable que, si reciben reconocimientos y elogios, consideren que son observaciones erróneas; y que, si no cumplen las expectativas de los demás, sientan que merecen sufrir consecuencias dolorosas.

Arquitectura invertida (8B.2)

Estos sujetos tienden a sentir placer cuando la reacción más apropiada es el dolor, y dolor cuando la más adecuada es el placer. Estas cualidades opuestas se manifiestan en la inversión recurrente de los sentimientos y las motivaciones. Esta constante transposición de la gratificación de las necesidades da lugar a la frustración y, a veces, al autosabotaje.

Temperamentalmente disfórico (8B.3)

Estos sujetos a veces están ansiosos e inquietos; y a veces, apenados y tristes. Con frecuencia se sienten angustiados y atormentados, y pueden mostrarse deliberadamente quejumbrosos y melancólicos para intentar provocar sentimientos de culpabilidad y malestar en los demás.

Escala S: esquizotípico

Cognitivamente circunstancial (S.1)

Estos sujetos mezclan la comunicación social con irrelevancias personales, lenguaje circunstancial, ideas de referencia y apartes metafóricos. A menudo están pensativos, parecen absortos en sí mismos y sumidos en sus fantasías; de vez en cuando tienen pensamiento mágico, ilusiones corporales, extrañas suspicacias, creencias raras y distorsión de la realidad y la fantasía.

Autoimagen disociada (S.2)

Estos sujetos se sienten confusos respecto a sí mismos y perplejos respecto a la sociedad, por ello tienen experiencias aisladas de despersonalización y alteración de la consciencia. Se ven a sí mismos como apenados, con pensamientos recurrentes sobre el vacío y sinsentido de la vida. Su percepción deficiente y su afectividad disonante son la causa de que solo puedan vivir los acontecimientos con desánimo e incompreensión.

Contenido caótico (S.3)

Las representaciones interiorizadas de estos sujetos son una maraña de recuerdos diversos, impulsos erráticos y canales desorganizados de regulación de la tensión o de mediación en los conflictos intrapsíquicos. Esta mezcla caótica de objetos, impulsos y pensamientos es casi aleatoria; por ello, esta estructura resulta ineficaz y desorganizada para la regulación de tensiones, necesidades y objetivos.

Escala C: límite

Autoimagen inestable (C.1)

Estos sujetos experimentan confusión, causada por un sentido de la identidad inmaduro, indefinido o fluctuante; y a menudo tienen sentimientos subyacentes de vacío. Aparentemente son incapaces de elegir un rumbo o un rol a partir del cual formarse un sentido de sí mismo homogéneo y duradero. Pueden intentar redimir sus actos impulsivos y su autoimagen cambiante con expresiones de remordimiento y conductas autopunitivas.

Arquitectura disgregada (C.2)

La estructura psíquica interior de estos sujetos es inconsistente e incongruente y está caracterizada por una inusual combinación de elementos claramente segmentados. Sus niveles de conciencia pueden cambiar de repente y dar lugar a percepciones, recuerdos y afectos opuestos. Estos cambios pueden causar escisiones

periódicas en un sistema psíquico ya limitado e inestable, lo cual potencialmente conlleva episodios minipsicóticos transitorios relacionados con el estrés.

Temperamentalmente lábil (C.3)

Estos sujetos son emocionalmente inestables, y su estado de ánimo no suele ser acorde a la realidad. Su desánimo y apatía crónicos a menudo se intercalan con periodos breves de ira, euforia o ansiedad. Puede dominar en ellos un único temperamento, como un componente depresivo autocomplaciente, que periódicamente da paso a una agitación ansiosa o a arrebatos impulsivos de ira o resentimiento.

Escala P: paranoide

Expresivamente defensivo (P.1)

Estos sujetos están siempre en alerta, actúan con cautela y una extremada desconfianza para protegerse anticipadamente de los engaños y la malicia de los demás. Son tenaces y se resisten firmemente a las influencias externas que puedan recibir, y a ser controlados de algún modo. Se muestran tensos e inquietos, con una irritabilidad desagradable y una actitud defensiva constante que los lleva a saltar ante la más mínima ofensa real o percibida.

Cognitivamente desconfiado (P.2)

Estos sujetos desconfían de las intenciones de los demás y tienden a interpretar erróneamente acciones inofensivas como pruebas de hipocresía o de conspiración. Dominados por su suspicacia, son particularmente hipersensibles y propensos a detectar indicios de estratagemas o engaños en todo momento. Captan cualquier detalle por minúsculo que sea, lo magnifican y lo distorsionan para así confirmar sus peores expectativas.

Dinámicas de proyección (P.3)

Estos sujetos no aceptan sus cualidades e intenciones despreciables y las atribuyen a los demás. Permanecen ciegos a su conducta y a sus rasgos indeseables, pero advierten los defectos más intrascendentes de los demás. Su susceptibilidad e irritabilidad los mantiene siempre a punto para humillar y despreciar a cualquiera cuya actitud y comportamiento les parezca dudosa o despreciativa.

Aplicación, corrección y generación del informe

En este capítulo se describen la población a la que está destinado el MCMI-IV, los procedimientos de aplicación en papel y online, así como el proceso de corrección y generación del informe.

Aplicación

Población objetivo

El MCMI-IV se ha diseñado para evaluar a adultos, a partir de los 18 años, que buscan o reciben atención o tratamiento psicológico y cuyo nivel de comprensión lectora es el correspondiente a la educación primaria. No es, por tanto, un instrumento de evaluación de la personalidad general para población no clínica. Por ello, solo debe utilizarse el MCMI-IV con poblaciones que no difieran notablemente de los sujetos de la muestra en la que se basan los baremos (p. ej., no es apropiado para adolescentes o poblaciones no clínicas). La descripción de la muestra de tipificación española puede consultarse en el capítulo 5.

Cualificación de los examinadores

La interpretación del MCMI-IV solo deben realizarla los profesionales cualificados y capacitados, como se describe en la sección «Cualificación de los profesionales», al inicio de este manual.

En lo que concierne a la aplicación del MCMI-IV, dado que no requiere condiciones especiales ni más instrucciones que las que figuran en los materiales, puede llevarla a cabo personal de apoyo con experiencia en la evaluación en ámbitos clínicos. Los examinadores deben estar familiarizados con el formato y las instrucciones del inventario antes de su aplicación y contar con la supervisión de un experto que se responsabilice de la aplicación e interpretación.

Tiempo de aplicación

La gran mayoría de los pacientes cumplimentan el MCMI-IV en menos de 30 minutos.

Preparación y condiciones ambientales

El MCMI-IV debería aplicarse en un entorno controlado, como un despacho o una sala de espera de una clínica u hospital. De este modo se pueden obtener datos de mejor calidad y, al mismo tiempo, se evita que personas no autorizadas tengan acceso a los materiales del test. Los materiales en papel (cuadernillo y hoja de respuestas) no deberían enviarse al domicilio del paciente ni se debería permitir que quedaran fuera del control del profesional. Es recomendable que la aplicación sea supervisada por alguien; en este contexto, por supervisión se entiende que, en la misma sala donde el paciente cumplimenta el inventario, esté presente otra persona, respetando siempre la privacidad de este. Si la aplicación se lleva a cabo en un entorno no controlado o sin supervisión, es posible que se pierdan materiales del inventario o que el paciente responda aleatoriamente para terminar lo antes posible.

Es importante que, durante la aplicación del MCMI-IV, el paciente se sienta cómodo y no esté cansado, así como que no haya estímulos distractores. Los profesionales deben tener en cuenta que el MCMI-IV es un instrumento autoinformado y que, si el paciente se encuentra en un estado grave de ansiedad, confusión o

sedación, o bajo los efectos de las drogas o el alcohol, se verá afectada su capacidad para responder a los ítems. En estos casos se recomienda posponer la aplicación hasta que el estado mental del paciente sea más adecuado para la evaluación.

Aplicación en papel

La aplicación del MCMI-IV puede realizarse en papel mediante el cuadernillo y la hoja de respuestas.

Para la aplicación en papel se le debe facilitar al paciente un lápiz y una goma de borrar, una superficie plana sobre la que escribir, el cuadernillo y la hoja de respuestas.

Para cumplimentar la portada de la hoja de respuestas, debe pedírsele al paciente que cumplimente la información que figura bajo «Datos del sujeto»: nombre (opcional), fecha de nacimiento, edad, sexo, nivel educativo, estado civil y los dos problemas que más le preocupan o molestan. Cuando el examinador lo considere oportuno, deberá cumplimentar la información que figura bajo «Datos de la aplicación»: examinador (opcional), fecha de aplicación, código identificativo del sujeto, situación actual del paciente y duración del episodio más reciente.

Aplicación online

La aplicación del MCMI-IV también puede realizarse por ordenador a través de la plataforma *online* de Pearson Clinical & Talent Assessment.

Para que el paciente cumplimente el cuestionario, se le debe facilitar un ordenador (con conexión a internet y un navegador actualizado). Conviene asegurarse de que el paciente no tiene problemas para cumplimentarlo; y, si es necesario, el examinador puede ayudarlo.

En la plataforma se ofrecen más instrucciones para la aplicación *online*.

Instrucciones de aplicación

El MCMI-IV está concebido de forma que la mayoría de los pacientes no se sientan intimidados, y puede presentarse como un inventario breve que ayuda a los profesionales de la salud a evaluar el estado y los problemas del paciente.

Las instrucciones para cumplimentar el MCMI-IV son muy claras; no obstante, es posible que algunos pacientes necesiten cierta ayuda. Debe pedírsele al paciente que lea atentamente las instrucciones. Si se cree que el paciente no ha entendido las instrucciones, se le deben leer en voz alta y responder cualquier pregunta que formule. Si el paciente hace preguntas sobre el procedimiento de aplicación o pide que se le explique alguna palabra, se le debe responder garantizando las condiciones adecuadas de la evaluación y que la actitud del paciente ante el test es la apropiada. Algunos pacientes pueden necesitar que se les diga que a menudo algunos ítems son difíciles de responder; sin embargo, es fundamental que cumplimenten el inventario por sí solos.

Para que los resultados del test sean significativos, es importante que el paciente responda con honestidad y seriedad. Es importante explicarles a los pacientes que responder con franqueza a los ítems será beneficioso para ellos. Algunos pacientes pueden mostrarse preocupados por el uso que se dará a los resultados. En atención a los derechos del paciente y a la buena práctica profesional, se darán las respuestas oportunas con franqueza.

Asimismo, conviene informarlos acerca de las medidas seguidas para preservar la confidencialidad de sus respuestas y la seguridad de los materiales del test y de los informes correspondientes (véase *Standards for Educational and Psychological Testing*; AERA et al., 2014). Dado que todas las evaluaciones psicológicas se basan en un contrato implícito entre el profesional y el paciente, es responsabilidad del profesional informar adecuadamente a los pacientes sobre las posibles ventajas y desventajas de estas evaluaciones, para que

puedan decidir, voluntariamente e informados, si acceden a participar o no. A fin de obtener el consentimiento informado y voluntario del paciente para completar el inventario, es fundamental ofrecerle una serie de información a partir de la cual pueda valorar los beneficios potenciales de su participación frente a los posibles riesgos.

Comprobación de las respuestas

Si la aplicación se ha realizado en papel, el profesional debe comprobar que el paciente ha proporcionado los datos personales iniciales, así como verificar si hay ítems con doble marca (tanto V como F) y si se han dejado sin responder demasiados ítems (14 o más). Si se encuentra alguno de estos errores, se le debe pedir al paciente, animándolo si es necesario, que corrija los errores y que, si se ha olvidado de responder algún ítem, lo haga.

Corrección y generación del informe

La corrección y generación del informe del MCMI-IV se lleva a cabo únicamente mediante la plataforma *online* de Pearson Clinical & Talent Assessment. Este sistema calcula las puntuaciones directas de las escalas y las transforma en tasas base. Por último genera un informe que incluye las tasas base ajustadas, los percentiles y el perfil de las puntuaciones obtenidas por el paciente. En el capítulo 5 se describe con detalle la base teórica de las puntuaciones normativas del MCMI-IV y su desarrollo, mientras que en el capítulo 4 se expone cómo utilizarlas e interpretarlas.

Introducción de las respuestas

Cuando la aplicación del instrumento se ha llevado a cabo en papel, el examinador debe introducir las respuestas en la plataforma *online* para que el sistema corrija el inventario y genere el informe.

Cuando el MCMI-IV se ha aplicado *online* (por ordenador), las respuestas se almacenan automáticamente en la plataforma. El examinador puede revisar las respuestas y los ítems sin respuesta antes de que el sistema realice la corrección y genere el informe.

Puntuaciones directas

En primer lugar, el sistema de la plataforma *online* calcula las puntuaciones directas de las escalas de validez, de los patrones de la personalidad, de los síndromes clínicos y de las facetas de Grossman.

Para el cálculo de las puntuaciones directas de las escalas, el sistema tiene en cuenta la composición de cada escala y el peso de cada ítem en función de su clasificación como ítem prototípico o no prototípico. En el capítulo 5 puede consultarse más información acerca del desarrollo de los ítems prototípicos, así como de las particularidades de los cinco índices de validez. Además, en el anexo B pueden consultarse los ítems que componen cada escala.

Tasas base

Las tasas base (TB) son un tipo de puntuación estandarizada distinta de las puntuaciones estandarizadas que se usan en muchos instrumentos de evaluación psicológica. Habitualmente todas las escalas de un inventario tienen la misma media y la misma desviación típica (p. ej., una media de 50 y una desviación típica de 10). En el MCMI-IV se han escalado las tasas base para que reflejen las distintas tasas de prevalencia de las características que mide el inventario. En el capítulo 5 se describe en detalle el procedimiento seguido para el desarrollo de las tasas base.

A partir de las puntuaciones directas, el sistema de corrección informatizada de la plataforma *online* transforma las puntuaciones en tasas base. En el anexo D figuran las tablas de conversión de puntuaciones directas a tasa base. De forma automática, el sistema ajustará las tasas base obtenidas en determinadas escalas en

función de los resultados del paciente en la escala X (Sinceridad) y las escalas A (Ansiedad) y CC (Depresión mayor).

Ajuste en función de la escala X (Sinceridad)

La escala X (Sinceridad) mide si el paciente ha respondido a los ítems del MCMI-IV con sinceridad y de forma abierta o, por el contrario, ha sido más reservado. Desde una perspectiva clínica, se considera que las puntuaciones bajas en la escala X indican que el paciente ha minimizado sus síntomas por una razón u otra; mientras que las puntuaciones altas sugieren que los ha exagerado de algún modo.

La puntuación directa obtenida en esta escala determina si debe realizarse un ajuste en las tasas base de las escalas de los patrones de la personalidad (1-P) y de los síndromes clínicos (A-PP). En función de si la puntuación directa de la escala X es inferior a 21 o superior a 60, el sistema aumenta o disminuye las tasas base de dichas escalas. Si la puntuación directa es inferior a 7 o superior a 114, se considera inválida, como se describe en el apartado «Resultados inválidos» [p. 21].

Ajuste en función de las escalas A (Ansiedad) y CC (Depresión mayor)

El ajuste por las escalas A (Ansiedad) y CC (Depresión mayor) se basa en el principio de que las puntuaciones del paciente pueden estar distorsionadas si, cuando cumplimenta el MCMI-IV, se encuentra en un estado emocional de ansiedad o depresión profunda (APA, 2013; Widiger y Samuel, 2005; Widiger y Smith, 2008). Desde una perspectiva clínica, se considera que debe realizarse este ajuste en las tasas base de las cinco escalas de los patrones de la personalidad que con más frecuencia se ven afectadas por problemas psicológicos intensos: escalas 2A (Evitativo), 2B (Melancólico), 8B (Masoquista), S (Esquizotípico) y C (Límite) (Millon, 2011).

La suma de los puntos de las tasas base de las escalas A y CC que exceden de 75 (la puntuación mínima que indica que existe un síndrome clínico) determina si debe realizarse un ajuste en las tasas bases de las escalas 2B, 8B, C, 2A y S. En función del valor de esta suma, el sistema disminuye las tasas base de estas cinco escalas.

Percentiles

La plataforma *online* también ofrece los percentiles de las escalas de los patrones de la personalidad, de los síndromes clínicos y de las facetas de Grossman. Los percentiles son un indicador de la frecuencia y representan el porcentaje de sujetos de la muestra de tipificación que obtuvieron una puntuación igual o inferior a una tasa base determinada. Por ejemplo, un percentil de 96 indica que el 4 % de los sujetos de la muestra de tipificación obtuvieron una tasa base superior a la tasa base en cuestión. Dado que las escalas del MCMI-IV tienen diferentes curvas de distribución, la relación entre las tasas base y los percentiles varía entre las escalas. Por ejemplo, una tasa base de 77 en la escala 2B (Melancólico) se corresponde con un percentil de 65, mientras que la misma tasa base en la escala S (Esquizotípico) se corresponde con un percentil de 87. En el anexo D figura la tabla de conversión de puntuaciones de tasas base ajustadas a percentiles.

Ítems sin respuesta

Se considera que una escala del MCMI-IV es impuntuable si hay cinco o más ítems sin respuesta o con doble marca. En estos casos no es posible garantizar la validez de la escala y no se puede generar ninguna puntuación. Cuando en una escala hay de uno a cuatro ítems sin respuesta o con doble marca, la plataforma *online* asigna el valor de las respuestas típicas dadas por la muestra de tipificación. Estos procedimientos coinciden con los utilizados en la muestra de tipificación para la elaboración de los baremos (véase la sección «Adaptación española del MCMI-IV» del capítulo 5).

Si se solucionan los problemas que hacían que la escala fuera impuntuable (es decir, se obtienen respuestas que faltaban, o se aclaran ítems con doble marca), la escala puede puntuarse.

Inventarios impuntuables

Un inventario del MCMI-IV se considera impuntuable si se da *alguna* de las siguientes situaciones:

1. No figura el código identificativo del sujeto, la fecha de aplicación, la fecha de nacimiento o el sexo; o, si figuran estos datos, no son válidos.
2. El paciente tiene menos de 18 años. El MCMI-IV está validado y baremado solo para adultos de 18 años o más.
3. Hay catorce ítems o más sin respuesta o con doble marca. Con tantas respuestas inaceptables, es imposible garantizar la validez de las puntuaciones de las escalas puesto que no se ha completado el número adecuado de ítems para cada escala.

Si se solucionan los problemas que hacían que los inventarios fueran impuntuables (es decir, se obtienen respuestas que faltaban, o se aclaran ítems con doble marca), el inventario puede puntuarse.

Resultados inválidos

Se considera que los resultados de la aplicación del MCMI-IV son inválidos si se da *alguna* de las siguientes situaciones:

1. La puntuación directa de la escala V (Invalidez) es superior a 1. Ello indica que es probable que el paciente haya respondido a los ítems aleatoriamente.
2. La puntuación directa de la escala W (Inconsistencia) es superior a 19. Ello indica que es probable que el paciente haya dado respuestas contradictorias a pares de ítems con contenido similar.
3. La puntuación directa de la escala X (Sinceridad) es inferior a 7 o superior a 114. Ello indica que es probable que el paciente haya minimizado o exagerado tanto sus síntomas que los resultados no pueden interpretarse con fiabilidad.
4. Todas las tasas base de las escalas de la 1 a la 8B son inferiores a 60. Ello conlleva que los datos no reflejan un patrón de personalidad claro y, por tanto, no puede realizarse la interpretación.

Cuando los resultados son inválidos, el sistema de la plataforma *online* genera un informe breve en el que se indican el porqué de la falta de validez, pero no se genera el perfil de las puntuaciones de las escalas.

Informe

El informe del MCMI-IV incluye las siguientes secciones:

- **Portada.** En esta primera página figura el nombre del paciente (opcional), su edad, sexo, situación actual, estado civil y fecha de aplicación.
- **Aspectos de interpretación.** Esta sección incluye información general sobre el uso apropiado del MCMI-IV, así como un resumen de la información demográfica del paciente. También se incluyen comentarios sobre la validez del perfil, el estilo de respuesta y el ajuste de las escalas si corresponde.
- **Resumen de las puntuaciones y perfil.** El resumen de las puntuaciones presenta las puntuaciones directas, los percentiles y las tasas base de las escalas de los patrones de la personalidad y de los síndromes clínicos, ajustadas cuando corresponda. Asimismo figuran el código de puntuaciones máximas, que indica las tres escalas de los patrones clínicos de la personalidad (1-8B) en las que se han obtenido las puntuaciones más altas, con unas tasas base iguales o superiores a 60; los ajustes realizados en las tasas base, los indicadores de respuesta aleatoria (escalas V y W) y los índices modificadores (escalas X, Y y Z).
- **Facetas de Grossman con la puntuación más alta.** En esta sección se incluyen las puntuaciones y el perfil de las facetas de Grossman de las tres escalas de la personalidad (1-P) en las que se han obtenido las puntuaciones más altas.
- **Puntuaciones de las facetas de Grossman.** En esta sección se presentan las puntuaciones directas, los percentiles y las tasas base de las facetas de Grossman.

- **Respuestas significativas.** Se presentan las respuestas a los ítems que pueden indicar problemas susceptibles de una evaluación posterior. En el anexo B figuran estos ítems clasificados según la categoría de los problemas.
- **Respuestas a los ítems.** En esta sección opcional figuran las respuestas del paciente a los 195 ítems que conforman el MCMI-IV.

Comunicación de los resultados

Los resultados del MCMI-IV deben comunicarse de modo que no se haga un mal uso de ellos. Al comentar los resultados, las puntuaciones y las interpretaciones correspondientes, es fundamental advertir de sus limitaciones. La APA y otras organizaciones profesionales han establecido unas directrices sobre la manera adecuada de comunicar la información de la evaluación y de hacer un uso apropiado de ella.

Disponer de una base teórica permite el desarrollo de un sistema de evaluación y clasificación coherentes. En este capítulo se ofrece una descripción general de la teoría evolutiva de la personalidad de Millon, que es el fundamento de la estructura y las escalas del MCMI-IV. Esta teoría no solo se evidencia en los ítems del inventario, sino que también determina el marco de la interpretación y de las aplicaciones terapéuticas (véase el capítulo 4). Para poder llevar a cabo una buena interpretación de los resultados del MCMI-IV, es conveniente conocer con detalle la teoría de la personalidad de Millon. Por ello, se aconseja la lectura de otros trabajos (p. ej., Millon, 2011; Millon y Davis, 2006; Millon y Grossman, 2007a; Millon y Grossman, 2012).

A continuación se ofrece un resumen de los aspectos de la teoría de Millon que permiten definir y evaluar los constructos de la personalidad. En primer lugar, se describen las polaridades que caracterizan los patrones de la personalidad desde un punto de vista evolutivo; y, en segundo lugar, se describen los dominios funcionales y estructurales de la personalidad.

Teoría evolutiva de la personalidad de Millon

La premisa de que el desarrollo y las funciones de los rasgos de la personalidad pueden analizarse desde la perspectiva de los principios evolutivos tiene una larga trayectoria. Herbert Spencer (1870) y T. H. Huxley (1870) ya apuntaban ideas en esta línea cuando se publicó la obra fundamental de Darwin, *El origen de las especies* (1859). Posteriormente surgió la sociobiología, una ciencia interdisciplinar que estudia la interrelación entre el funcionamiento social humano y la biología evolutiva (Wilson, 1975, 1978).

El modelo de personalidad de Millon trata de explicar la estructura y los estilos de la personalidad en relación con los sistemas de adaptación ecológica deficientes, desequilibrados o conflictivos. Para ello, parte de cuatro dimensiones sobre las que se demuestran los principios evolutivos: la existencia, la adaptación, la replicación y la abstracción. La *existencia* se relaciona con el estado de ser frente a no ser, y se expresa en la polaridad placer-dolor. La *adaptación* se refiere a los procesos homeostáticos empleados para mantener la supervivencia a lo largo de la vida, y se expresa en la polaridad activo-pasivo. La *replicación* se relaciona con la dirección de búsqueda de refuerzos positivos en el interior o en el exterior y se expresa en la polaridad uno mismo-otros. Y, por último, la *abstracción* hace referencia a la aparición de las competencias adaptativas de la personalidad que favorecen la planificación anticipatoria y la toma de decisiones razonadas.

El sistema clasificatorio de los trastornos de la personalidad de Millon se construye esencialmente sobre las primeras tres dimensiones expresadas en polaridades. Los precursores de estas dimensiones pueden encontrarse en las teorías psicológicas de inicios del siglo XX. Antes de la primera guerra mundial, distintos autores, como Sigmund Freud, propusieron un conjunto de tres polaridades que posteriormente constituirían la materia prima para comprender los procesos psicológicos.

La primera dimensión, la existencia (relacionada con el imperativo de todos los organismos), hace referencia al mantenimiento de la supervivencia integradora frente a la inevitabilidad de la muerte; y en relación con la personalidad, refleja el perfeccionamiento de la vida y la seguridad ecológica. El perfeccionamiento de la vida se refiere a la disposición de los sujetos hacia la mejora de la calidad de vida; y la seguridad ecológica, a la disposición de los sujetos hacia la evitación de actos o situaciones que disminuyan la calidad de vida o incluso pongan en peligro la propia vida. En el nivel más alto de abstracción, estos mecanismos dan lugar a

la polaridad placer-dolor, expresada fenomenológicamente o metafóricamente. Algunos sujetos tienen estos objetivos existenciales invertidos o en conflicto (p. ej., los sádicos); y otros muestran déficits en ambos (p. ej., los esquizoides). Desde la perspectiva de las etapas del desarrollo neuropsicológico, el principal objetivo de la fase de fijación sensorial es establecer la discriminación, en gran medida innata y en menor medida mecánica, entre las señales de dolor y las de placer (Millon, 1969/1983, 1981).

La adaptación, la segunda dimensión, se configura como la polaridad entre la disposición pasiva, que supone la acomodación del sujeto a las demandas de un entorno que considera «suficientemente bueno»; y la disposición activa, que conduce al sujeto a modificar el entorno o a intervenir en él para adecuarlo a sus necesidades. La diferencia entre la adaptación y la existencia radica en que la adaptación se refiere al modo en que puede perdurar aquello que existe. Desde la perspectiva de las etapas del desarrollo neuropsicológico, estos modos se concretan durante la fase de autonomía sensoriomotora. Es en esta fase cuando el niño adquiere una disposición activa hacia su contexto físico y social; o bien perpetúa el modo de existencia prenatal e infantil, que es más dependiente.

La tercera dimensión, la replicación, pretende compensar la limitación temporal de los organismos. Aunque los organismos pueden existir bien adaptados al entorno, la existencia de cualquier forma de vida tiene un límite temporal. Con el fin de compensar esta limitación, los organismos se reproducen. Para los biólogos, la replicación es, en un extremo, autopropagación y, en el otro, crianza. Psicológicamente, el primer extremo es la disposición hacia actos egotistas, insensibles, desconsiderados y poco empáticos; mientras que el otro extremo es la disposición hacia actos afiliativos, íntimos, protectores y atentos (Gilligan, 1981; Rushton, 1985; Wilson, 1978). Al igual que la polaridad placer-dolor, la polaridad uno mismo-otros no es realmente unidimensional. Esta polaridad puede resultar conflictiva en algunos trastornos de la personalidad, como el compulsivo y negativista, o el pasivo-agresivo. En términos de desarrollo neuropsicológico, la disposición hacia uno mismo o hacia los demás se concreta durante la fase de identidad puberal genérica.

Las personalidades sanas y adaptativas muestran un equilibrio razonable en, al menos, una de las polaridades, y un mínimo de flexibilidad para responder a las demandas circunstanciales de distintas maneras, no solo de las que prefieren. No obstante, la consideración de sano y adaptativo en general no implica que el sujeto se sitúe en el centro de cada polaridad o cerca de él. Por el contrario, implica la capacidad para adaptarse a las necesidades circunstanciales y, al mismo tiempo, mantener los límites y la integridad estructural que reflejan el funcionamiento habitual del sujeto en estas polaridades.

Patrones de la personalidad

Los 15 patrones de la personalidad incluidos en la teoría evolutiva de Millon se pueden describir según tres niveles de funcionamiento, desde el sano hasta el trastornado. En el extremo sano del espectro (estilo normal), el funcionamiento se caracteriza por la preferencia de determinadas estrategias motivadoras en las tres polaridades (placer-dolor, activo-pasivo, uno mismo-otros), así como por un nivel razonable de flexibilidad y adaptación ante las demandas del entorno y las internas. En el centro del espectro (tipo anormal), los sujetos tienden a situarse entre los patrones funcionales y disfuncionales de la personalidad y pueden ser presa periódicamente (y posiblemente de forma predecible) de estresores recurrentes o de deterioros asociados con déficits en la flexibilidad y la adaptabilidad, posiblemente inherentes a las vulnerabilidades de su patrón específico. En el extremo más desadaptativo del espectro (trastorno clínico), los sujetos presentan personalidades clínica y crónicamente deterioradas, atraviesan con regularidad círculos viciosos de malestar interpersonal e intrapersonal perpetuado por ellos mismos y tienen limitada la capacidad de funcionar satisfactoriamente en la sociedad. En la tabla 3.1 se presentan los patrones de personalidad en relación con los niveles de gravedad funcional del espectro. El MCMI-IV también refleja estos niveles de funcionamiento en los distintos puntos de anclaje de las tasas base (TB), descritos con detalle en el capítulo 5.

Tabla 3.1. Niveles funcionales de los patrones de la personalidad en el espectro evolutivo

Escala	Estilo normal	Tipo anormal	Trastorno clínico
1	apático	asocial	esquizoide
2A	tímido	retraído	evitativo
2B	desanimado	abatido	melancólico
3	deferente	apegado	dependiente
4A	sociable	complaciente	histriónico
4B	entusiasta	eufórico	tempestuoso
5	seguro de sí mismo	egotista	narcisista
6A	engrandecedor	taimado	antisocial
6B	firme	denigrante	sádico
7	fiable	constreñido	compulsivo
8A	descontento	resentido	negativista
8B	sacrificado	agraviado	masoquista
S	excéntrico	esquizotípico	esquizofrénico
C	inestable	límite	ciclofrénico
P	desconfiado	paranoide	parafrénico

Cada patrón de personalidad refleja unos determinados déficits, desequilibrios o conflictos en las polaridades. Las personalidades con un déficit carecen de la capacidad de experimentar o representar ambos extremos de una polaridad (p. ej., los esquizoides tienen un sustrato defectuoso tanto para el placer como para el dolor). Las personalidades desequilibradas tienden fuertemente hacia uno de los dos extremos de una polaridad (p. ej., los dependientes buscan casi exclusivamente recibir el apoyo y los cuidados de los demás). Las personalidades con conflictos se debaten entre los extremos opuestos de una polaridad (p. ej., los negativistas vacilan entre cumplir las expectativas de los demás y hacer lo que quieren).

Los trastornos de la personalidad reflejan características de funcionamiento generalizadas y profundamente arraigadas que perpetúan y agravan las dificultades cotidianas. Estas características están tan integradas y son tan automáticas que a menudo el sujeto no es consciente ni de la naturaleza del trastorno ni de sus consecuencias autodestructivas. En situaciones de adversidad persistente, estos estados desadaptativos pueden descompensarse, pasar a ser moderadamente graves o muy graves y reflejar alteraciones estructurales del patrón de personalidad.

En la teoría de Millon, los patrones esquizotípico, límite y paranoide, representan estadios patológicos de la personalidad más graves. Estos tres patrones reflejan un deterioro gradual de la estructura de la personalidad y se diferencian de los trastornos de la personalidad en varios aspectos, especialmente en los déficits que afectan a la competencia social, y en los frecuentes, pero generalmente reversibles, episodios psicóticos. Por otra parte, debido a que su organización de la personalidad está menos integrada y sus estrategias de afrontamiento son menos efectivas que las de sus homólogos más leves, los sujetos con estos patrones son especialmente vulnerables a las tensiones de la vida diaria. La mayoría de estos sujetos siguen mostrando, al mismo tiempo, las características de la personalidad que mostraban en los estadios tempranos de la patología.

Dominios funcionales y estructurales de los prototipos de la personalidad

Tradicionalmente, los modelos teóricos se enmarcan en una única perspectiva, como psicodinámica, cognitiva, conductual o biológica. Para los autores del MCMI-IV, este enfoque es limitado y restrictivo; por ello defienden el análisis de la personalidad desde una perspectiva multideterminada y multirreferencial. Por consiguiente, para que una evaluación sea exhaustiva e integradora, es necesario evaluar sistemáticamente la personalidad a través de múltiples dominios o esferas de la personalidad. De lo contrario, si se restringe a un único dominio, se puede limitar el funcionamiento del sistema.

Los dominios también deben reflejar adecuadamente los prototipos de la personalidad (véase el apartado «Creación de ítems» [p. 53] del capítulo 5 para una definición del constructo *prototipo*) y deben cumplir los siguientes requisitos:

- Representar varias características; es decir, no pueden limitarse solo a los aspectos conductuales o a los cognitivos, sino que tienen que incluir la totalidad de los rasgos clínicamente relevantes.
- Ser acordes con las numerosas modalidades terapéuticas actuales (p. ej., técnicas fenomenológicas dirigidas a uno mismo para cambiar la cognición disfuncional; procedimientos de terapia de grupo para modificar el comportamiento interpersonal).
- Corresponderse con el esquema de los prototipos de trastornos de la personalidad del DSM-5; y que cada trastorno pueda caracterizarse con un rasgo propio de cada uno de los dominios.

Como puede verse en la tabla 3.2, los dominios se clasifican en distintos niveles: conductual, fenomenológico, intrapsíquico o biofísico. Esta clasificación refleja los cuatro enfoques históricos característicos del estudio de la psicopatología. Estos dominios pueden organizarse sistemáticamente en estructuras y funciones de un modo parecido al usado en el campo de la biología. Así, la anatomía investiga las estructuras integradas y esencialmente permanentes que sirven, por ejemplo, como sustrato para el estado de ánimo y la memoria; mientras que la fisiología, al igual que la psicopatología, se ocupa de los procesos que regulan las dinámicas internas y las interacciones externas. Estas estructuras y funciones unifican todo el organismo en una entidad coherente.

Tabla 3.2. Dominios funcionales y estructurales de la personalidad

Nivel	Dominios funcionales	Dominios estructurales
Conductual	expresión emocional comportamiento interpersonal	
Fenomenológico	estilo cognitivo	autoimagen
Intrapsíquico	dinámicas intrapsíquicas	contenido intrapsíquico arquitectura intrapsíquica
Biofísico		estado de ánimo/temperamento

La división de las características psicológicas en dominios estructurales y funcionales no es, de ningún modo, un concepto nuevo. Desde sus inicios, la teoría psicoanalítica ha considerado constructos topográficos, como el consciente, el preconscious y el inconsciente; y más adelante, conceptos estructurales, como el ello, el yo y superyó. Asimismo, se han propuesto y estudiado diversos procesos funcionales cuasi estacionarios, como los llamados *aparatos del yo* (Gill, 1963; Rapaport, 1959).

Al llevar a cabo una evaluación centrada en los dominios, los profesionales deben evitar considerar cada dominio como una entidad independiente, puesto que se puede caer en un operacionalismo concreto e ingenuo. Cada dominio es una parte válida, pero muy contextualizada, de un todo integrado, que es absolutamente necesario para mantener la integridad funcional-estructural del organismo.

Sin embargo, los sujetos difieren respecto a los dominios que representan más frecuentemente. Los sujetos varían no sólo en el grado en que se acercan a cada prototipo de personalidad, sino también en la medida en que las restricciones de cada dominio conforman su conducta general. La conceptualización de la personalidad como un sistema muy variable implica que las restricciones pueden darse en distintas partes del mismo y con distinta intensidad en cada sujeto, incluso entre sujetos con el mismo diagnóstico. Solo los aspectos del sistema que están suficientemente cristalizados poseen el carácter duradero y generalizado propio de la personalidad. En este sentido, el objetivo de una evaluación es dilucidar las restricciones que perpetúan que el funcionamiento del sistema sea rígido y limitado y, por consiguiente, adaptativamente inflexible. Identificadas las restricciones, la terapia debe orientarse a moderarlas para que el sistema pueda asumir una mayor variedad de estados o de conductas adaptativas en distintas situaciones.

Dominios funcionales

Las características funcionales representan los procesos dinámicos que tienen lugar en el mundo intrapsíquico y entre el sujeto y su entorno psicosocial. Los procesos transaccionales suceden en el contexto de los dominios funcionales. A modo de definición, puede considerarse que los dominios funcionales representan los modos por los que se expresa la acción regulatoria. De esta forma, los procesos conductuales, de comportamiento social y cognitivos, así como los mecanismos inconscientes, son formas de gestionar, adaptar, transformar, coordinar, equilibrar, descargar y controlar el tira y afloja de la vida interior y exterior. Los cuatro dominios funcionales relevantes para los trastornos de la personalidad son la expresión emocional, el comportamiento interpersonal, el estilo cognitivo y las dinámicas intrapsíquicas.

Expresión emocional

Estos atributos emocionales inferidos se reflejan en el nivel conductual y, por lo general, se identifican observando cómo actúa el paciente. La observación de las conductas manifiestas del paciente permite, mediante la inferencia, deducir qué revela involuntariamente sobre sí mismo o, a menudo, qué quiere que piensen de él los demás. El rango y la naturaleza de los actos expresivos son amplios y diversos. Estos actos aportan información clínica distintiva y relevante; por ejemplo, pueden mostrar un sentido de incompetencia personal, reflejar una actitud defensiva general o evidenciar un autodomínio disciplinado. Este dominio de datos clínicos puede ser especialmente útil para diferenciar la posición de los pacientes en la polaridad activa-pasiva del modelo evolutivo de Millon.

Comportamiento interpersonal

El estilo con el que el paciente se relaciona con los demás también se refleja esencialmente en el nivel conductual. El comportamiento interpersonal del paciente puede identificarse en diversas situaciones; por ejemplo, en cómo sus actos afectan a los demás, ya sea intencionadamente o no; en las actitudes que subyacen, promueven y conforman sus actos; en los métodos usados para conseguir que los demás satisfagan sus necesidades; y en el modo en que hace frente a las tensiones y conflictos interpersonales. Al extrapolar estas observaciones, el profesional puede construir una imagen del funcionamiento del paciente en relación con los demás (p. ej., de forma antagonista, respetuosa, aversiva, reservada).

Estilo cognitivo

La manera en que el paciente centra y destina la atención, de qué forma codifica y procesa la información, el modo en que organiza los pensamientos, cómo hace atribuciones y de qué manera comunica reacciones e ideas a los demás representan fenómenos del nivel fenomenológico. Estas características son los indicadores que mejor evidencian el funcionamiento particular del paciente; y, sintetizadas, permiten identificar señales del estilo de pensamiento: empobrecido, distraído, frívolo, constreñido, etc.

Dinámicas intrapsíquicas

Aunque las dinámicas de autoprotección, satisfacción de necesidades y resolución de conflictos se reconocen a veces de forma consciente, representan los datos derivados principalmente del nivel intrapsíquico. Dado que los mecanismos de defensa son procesos internos, son más difíciles de distinguir y describir que los procesos más cercanos al mundo observable. Por ello, estos mecanismos no son susceptibles de ser evaluados directamente mediante la autoevaluación en su forma pura, sino solo como derivaciones, potencialmente alejadas por muchos niveles de los conflictos esenciales y de su regulación dinámica. Por definición, los mecanismos regulatorios dinámicos incorporan y transforman las realidades internas y externas antes de que estas puedan entrar en la conciencia con solidez y sin ninguna alteración. Cuando se utilizan de forma permanente, a menudo se perpetúa una secuencia de acontecimientos que intensifica los mismos problemas que se pretendían evitar. A pesar de las dificultades metodológicas que estos mecanismos presentan, es de gran utilidad identificar los mecanismos elegidos (p. ej., racionalización, desplazamiento, formación reactiva) y determinar la extensión de su uso para poder realizar una evaluación exhaustiva de la personalidad.

Dominios estructurales

A diferencia de las características funcionales, los atributos estructurales representan un marco profundamente integrado y relativamente duradero de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos, etc., que condicionan la experiencia y transforman la naturaleza de los sucesos vitales actuales. Las estructuras psíquicas ejercen un efecto orientativo y preventivo puesto que modifican las características de los actos y el impacto de las experiencias subsiguientes de acuerdo con las inclinaciones y expectativas preformadas. Al disminuir selectivamente los umbrales de las transacciones que son acordes con las tendencias intrínsecas o los aprendizajes tempranos, el sujeto a menudo experimenta acontecimientos del presente como si fueran variaciones del pasado. Evidentemente, los remanentes del pasado hacen algo más que participar de forma pasiva en el presente. Como mínimo, la precedencia temporal orienta, moldea o distorsiona la naturaleza de los acontecimientos presentes y de las realidades objetivas.

A modo de definición, puede considerarse que los dominios estructurales son los sustratos y las disposiciones hacia los actos, y su naturaleza es cuasi permanente. Estas estructuras, formadas por una red de rutas interconectadas, contienen los remanentes interiorizados del pasado en forma de recuerdos y sentimientos asociados intrapsíquicamente con los conceptos de uno mismo y de los otros. Las estructuras sirven para aislar el organismo de nuevas interpretaciones del mundo, y restringen las posibilidades de expresión a aquellas que ya son predominantes. Su carácter preventivo y canalizador ejerce un gran efecto en la perpetuación de la conducta maladaptativa y los círculos viciosos de la patología de la personalidad. Los cuatro dominios estructurales relevantes para los trastornos de la personalidad son la autoimagen, el contenido intrapsíquico, la arquitectura intrapsíquica y el estado de ánimo/temperamento.

Autoimagen

A medida que, con el desarrollo, se domina el mundo interior de símbolos, el torbellino de acontecimientos al que se ve expuesto el niño pequeño deja paso a un sentido, cada vez mayor, de orden y continuidad. Emerge una configuración fundamental que establece un componente de uniformidad en un entorno cambiante: la percepción de uno mismo como un objeto y como un yo distinto, constante e identificable. La identidad es el resultado de las concepciones formadas en este nivel fenomenológico de análisis, y es especialmente significativa porque sirve como referencia y da continuidad a los cambios que se experimentan. La mayoría de los sujetos tienen un sentido implícito de quiénes son, pero la claridad, precisión y complejidad de su introspección difiere en gran medida (Millon, 1986b). Pocos pueden expresar los elementos psíquicos que conforman esta imagen (p. ej., que principalmente están alienados, son ineptos, son displicentes, son responsables, etc.).

Contenido intrapsíquico

Las experiencias significativas del pasado dejan una impronta interior, un remanente estructural, formado por los recuerdos, las actitudes y los sentimientos, que actúa como el sustrato de las disposiciones con las que se perciben los acontecimientos de la vida y con las que se reacciona a ellos. Con fines clínicos, se puede distinguir y analizar la naturaleza y la esencia de estas representaciones interiorizadas de figuras y relaciones significativas del pasado, al igual que sucede con los distintos sistemas orgánicos del cuerpo humano. Las distintas naturalezas y contenidos de este mundo interior pueden asociarse a una u otra personalidad y, por consiguiente, representarse mediante descriptores del contenido intrapsíquico, como superficial, vejatorio, caótico, oculto e incompatible.

Arquitectura intrapsíquica

La arquitectura global que actúa como almacén del interior psíquico de un sujeto puede mostrarse frágil en cuanto a la cohesión estructural; presentar una deficiente coordinación en los componentes; así como contar con pocos mecanismos para conservar el equilibrio y la armonía, regular los conflictos internos o intervenir ante las presiones externas. El concepto de arquitectura interior hace referencia a la fuerza estructural, la congruencia interna y la eficacia funcional del sistema de la personalidad. La organización de la mente es un concepto basado casi exclusivamente en las inferencias realizadas en el nivel intrapsíquico del análisis, y guarda similitud con las nociones psicoanalíticas actuales, como los niveles límite y psicótico. El concepto de organización de la mente se utiliza junto con estas nociones psicoanalíticas esencialmente en relación con los grados cuantitativos de la patología integradora, pero no en relación con las variaciones cualitativas, ni de la estructura integradora ni de la configuración. Las variantes estilísticas de este atributo estructural permiten caracterizar cada uno de los prototipos de personalidad; y sus atributos organizativos y distintivos se representan mediante descriptores de la arquitectura intrapsíquica, como incompleta, inconexa y compartimentada.

Estado de ánimo/temperamento

En cuanto al nivel biofísico, hay pocos elementos observables tan relevantes clínicamente como el carácter predominante del afecto de un sujeto y la intensidad y frecuencia con que lo expresa. Descifrar el significado de las emociones extremas es fácil, pero no lo es cuando se trata de estados de ánimo o sentimientos más sutiles que, insidiosa y repetitivamente, impregnan las relaciones y las experiencias del paciente. Los rasgos expresivos del estado de ánimo y de los impulsos no solo se manifiestan a través del autoinforme (con descriptores como aturdido, lábil, inconstante u hostil), sino también, indirectamente, en el nivel de actividad, la calidad del habla y la apariencia física del paciente. El aspecto más útil de este atributo, por lo que a la teoría se refiere, es su utilidad para evaluar los rasgos relevantes con relación a las polaridades placer-dolor y activo-pasivo.

Sección transversal de los dominios de la personalidad

En la tabla 3.3 se presentan los dominios funcionales y estructurales de los prototipos de la personalidad derivados de la teoría evolutiva de Millon e incluidos en el MCMI-IV. Para cada dominio se establecieron una serie de atributos teniendo en cuenta que fuesen exhaustivos y comparables en cuanto a nivel de abstracción. Al incorporar todos los prototipos de la teoría evolutiva, se crea una matriz de 8 x 15 (dominio x prototipo). Cada celda de la matriz contiene el atributo o criterio diagnóstico que, de acuerdo con el modelo teórico, mejor refleja la expresión del estilo de personalidad correspondiente dentro de un dominio particular (Millon, 2011). Verticalmente, la matriz permite comparar y contrastar con facilidad la expresión de los distintos prototipos en cada dominio. Horizontalmente, ofrece una imagen exhaustiva de los criterios de cada prototipo diagnóstico.

Tabla 3.3. Atributos de los prototipos de la personalidad en los dominios funcionales y estructurales de la personalidad

Escala	Prototipo	Dominios funcionales				Dominios estructurales			
		Expresión emocional	Comportamiento interpersonal	Estilo cognitivo	Dinámicas intrapsíquicas	Autoimagen	Contenido intrapsíquico	Arquitectura intrapsíquica	Estado de ánimo/temperamento
1	Esquizoide	imperturbable	desvinculado	empobrecido	intelectualización	displicente	escaso	indiferenciada	apático
2A	Evitativo	intranquila	aversivo	distraído	fantasía	alienada	vejatorio	frágil	angustiado
2B	Melancólico	abatida	indefenso	fatalista	ascetismo	inútil	abandonado	mermada	afligido
3	Dependiente	pueril	sumiso	ingenuo	introyección	inepta	inmaduro	incompleta	pacífico
4A	Histriónico	dramática	buscador de atención	frívolo	disociación	sociable	superficial	inconexa	inconstante
4B	Tempestuoso	impetuosa	eufórico	disperso	magnificación	sobreestimada	diseminado	inconsistente	voluble
5	Narcisista	arrogante	explotador	expansivo	racionalización	admirable	artificial	aparente	despreocupado
6A	Antisocial	impulsiva	irresponsable	inconformista	irreflexión (paso al acto)	autónoma	degradado	incontrolable	insensible
6B	Sádico	precipitada	desagradable	dogmático	aislamiento	combativa	pernicioso	eruptiva	hostil
7	Compulsivo	disciplinada	respetuoso	constreñido	formación reactiva	responsable	oculto	compartimentada	contenido
8A	Negativista	resentida	no cooperador	cínico	desplazamiento	descontenta	fluctuante	divergente	irritable
8B	Masoquista	abstinente	condescendiente	inseguro	exageración	desmerecedora	devaluado	invertida	disfórico
S	Esquizotípico	peculiar	reservado	circunstancial	anulación	disociada	caótico	fragmentada	aturdido/inanimado
C	Límite	explosiva	paradójico	vacilante	regresión	inestable	incompatible	disgregada	lábil
P	Paranoide	defensiva	provocador	desconfiado	proyección	inviolable	inalterable	rígida	irascible

Síndromes clínicos

Los síndromes clínicos deben entenderse como trastornos integrados en el contexto de los prototipos de la personalidad. En los casos clínicos, a menudo se consideran ampliaciones o distorsiones del estilo básico de personalidad del paciente. Estos síndromes tienden a ser estados relativamente perceptibles o transitorios, que se intensifican o atenúan a lo largo del tiempo en función del impacto producido por las situaciones estresantes. Así, durante los periodos de malestar psicológico, los síndromes clínicos exageran o realzan el estilo básico de la personalidad. No obstante, independientemente de lo distintivos que parezcan, solo son significativos en el contexto de la personalidad del paciente y deberían evaluarse en referencia a ese patrón. A pesar de que ciertos síndromes se observen más frecuentemente en determinados estilos de personalidad, cada uno de estos estados sintomáticos puede aparecer en varios patrones. Por ejemplo, la depresión leve o el trastorno depresivo persistente se da con más frecuencia en las personalidades evitativas, dependientes y autodestructivas; y la dependencia del alcohol es más común en los patrones histriónicos y antisociales.

Dado que entre los síndromes clínicos y los patrones de la personalidad pueden existir varias covarianzas, es fundamental construir un modelo en el que se puedan especificar estas interrelaciones. La mayoría de los síndromes clínicos del MCMI-IV son reactivos y, por ello, de duración considerablemente menor que los trastornos de la personalidad. Por lo general, los síndromes clínicos representan estados en los que se manifiesta claramente un proceso patológico activo, a menudo acelerado por acontecimientos externos.

Habitualmente, aparecen de forma muy llamativa o espectacular, y a menudo acentúan o intensifican las características más triviales del estilo de la personalidad premórbido o básico. Cuando la patología está activa, es frecuente que varios síntomas covaríen y que su grado de prominencia cambie a lo largo del tiempo. Las escalas de los síndromes clínicos del MCMI-IV (A, H, N, D, B, T y R) representan trastornos de gravedad moderada; y las escalas de los síndromes clínicos graves (SS, CC y PP) representan trastornos de notable gravedad.

Interpretación

Con la práctica profesional, el método de interpretación que se describe en este capítulo resulta muy intuitivo. Además, cuanto más se comprende la teoría evolutiva subyacente (véase el capítulo 3), mayor es la precisión interpretativa; lo que facilita los aspectos más mecánicos de la interpretación del perfil.

Al igual que sucede con cualquier test diagnóstico o de la personalidad, es importante integrar los resultados del MCMI-IV con información obtenida de otras fuentes. Para que las conclusiones sean válidas, deben formularse considerando el contexto del sujeto, sus datos demográficos, historial, entrevista inicial y otras observaciones clínicas relevantes. La información personal, como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el estado mental, así como los datos procedentes de otros instrumentos de evaluación y de entrevistas, conforman el punto de vista desde el cual se interpretan los perfiles del MCMI-IV. Por otra parte, la capacidad para integrar los datos auxiliares es fundamental para elaborar un informe que tenga en cuenta por completo las circunstancias y la situación de un sujeto. En el mejor de los casos, los informes generados por ordenador pueden tener en cuenta las características generales potencialmente relevantes, pero no el de las variables moderadoras específicas de un sujeto.

A menudo se utiliza el MCMI-IV sólo para aportar validez incremental a un diagnóstico clínico. Aunque se trata de un uso válido (siempre y cuando se respeten los pasos descritos en este capítulo), es el más básico; y, en este sentido, los profesionales deben procurar no hacer un mal uso del instrumento.

Desde la perspectiva diagnóstica es fundamental determinar qué escalas están elevadas y qué diagnósticos pueden establecerse. En el MCMI-IV, esto supone examinar qué *elevaciones de las escalas* principales de la personalidad superan el nivel 60 de la tasa base (TB), considerada relativamente funcional, y cuáles superan los niveles 75 y 85, menos funcionales. Las tasas base entre 60 y 74 típicamente indican un *estilo de personalidad*, mientras que las tasas base entre 75 y 84 indican un *tipo de personalidad* clínicamente significativo que puede presentar rasgos incapacitantes. Si, por ejemplo, un sujeto obtiene una tasa base de 79 en la escala Narcisista, es probable que tenga rasgos problemáticos del constructo narcisista, como el hecho de creerse con privilegios o la grandiosidad. En cambio, una tasa base igual o superior a 85 puede indicar una patología suficientemente generalizada como para considerarla un *trastorno de la personalidad*.

En cuanto a las escalas de los síndromes clínicos, las elevaciones de tasas base entre 75 y 84 indican que hay un síndrome que está *presente*, mientras que las tasas base iguales o superiores a 85 pueden indicar que hay un síndrome que sobresale o que es *prominente*. Estas elevaciones constituyen la base de las hipótesis diagnósticas que posteriormente se considerarán junto con la información obtenida más allá del inventario, es decir, lo que el sujeto manifiesta verbalmente, la valoración del profesional, informes de otras fuentes y los datos del historial. Si, tras considerar todos estos factores, no está claro si debe realizarse un determinado diagnóstico, se pueden analizar las respuestas dadas por el sujeto a los ítems prototípicos de la escala en cuestión. Específicamente, pueden determinarse si los criterios diagnósticos del DSM-5 se reflejan en los ítems correspondientes a dichos criterios. (En el anexo C figuran los ítems prototípicos de cada escala.)

Dado que el objetivo de la evaluación es la comprensión global del sujeto y de sus patologías, la interpretación meramente diagnóstica es insuficiente porque aporta una visión demasiado simplificada para el cometido clínico general. Establecer una valoración a partir de criterios de presencia frente a ausencia da lugar a una descripción esquemática y reducida de la persona en su conjunto. El diagnóstico, dada su naturaleza dicotómica, excluye la importancia de los trastornos subumbrales que a menudo tienen implicaciones funcionales, como el potencial de exacerbar otros aspectos problemáticos o de convertirse en trastornos. Así, aunque una tasa base de 72 se encuentre por debajo del umbral de 75, indica que el sujeto ha respondido afirmativamente a una serie de ítems que son relevantes para el constructo de esta puntuación, y probablemente el profesional quiera analizar con más detalle este aspecto. Además, con un enfoque diagnóstico rígido se ignora el potencial de la interpretación de la configuración del perfil. Por ejemplo, una elevación narcisista-dependiente es muy diferente de una elevación narcisista-antisocial, incluso si la tasa base del segundo patrón de personalidad es inferior a 85 y, por lo tanto, probablemente sea más un rasgo de la disposición que un patrón disfuncional general. Asimismo, el modelo diagnóstico excluye el papel inmunológico que desempeña la personalidad en la resistencia o susceptibilidad del sujeto a desarrollar síntomas cuando se encuentra en una situación de estrés psicosocial.

La idea de que se puede «diagnosticar» la personalidad es potencialmente tan nociva para el desarrollo de una visión integrada de la personalidad de un sujeto, que requiere ser comentada. Los términos *diagnóstico* y *trastorno de la personalidad* aluden explícitamente al llamado «modelo médico» porque implícitamente reducen las características personalológicas de un sujeto a los síntomas que presenta, como si se tratara de una enfermedad que ataca al sujeto y socava sus funciones normales. Es decir, reduce los constructos que deben representar el papel de mediador inmunológico entre el estrés psicosocial y la producción de síntomas al nivel de las erupciones cutáneas y los estornudos. En el DSM-5 se ha eliminado la distinción entre los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos (diferenciados en versiones anteriores por el modelo multiaxial); no obstante, los autores del MCMI-IV consideran que es una decisión muy desafortunada y, por ello, mantienen la segunda «M», de *multiaxial*, en la denominación del test, tanto en el nombre completo como en la sigla.

La concepción médica errónea se ve reforzada por la idea de que el sujeto es un recipiente y la personalidad es una sustancia que llena el recipiente de forma homogénea o indiferenciada, con la desafortunada implicación de que el terapeuta debe cambiar a la persona vaciando y volviendo a llenar el recipiente. En el capítulo 3, los trastornos de la personalidad se concretizan a través de los dominios funcionales y estructurales. En contraste con la idea estática de tipo, esta concepción funcional-estructural internamente diferenciada —no sesgada por una perspectiva psicodinámica, conductual, cognitiva o incluso evolutiva—, se deduce directamente de la naturaleza de la personalidad como constructo; es decir, que la personalidad implica la matriz entera de la persona. Esta perspectiva es un correctivo óptimo para las concepciones paradigmáticas erróneas perpetuadas por el término *trastorno de la personalidad*, que remite a la medicina. En vez del interpretar el MCMI-IV desde el punto de vista puramente diagnóstico o médico, es mucho mejor analizar las elevaciones de las escalas desde el punto de vista de la configuración y del contexto.

Patrones de la personalidad: hacia una relación clínica más estrecha

La evaluación de la personalidad es mucho más que una serie de diagnósticos, por lo que no debería reducirse a esto. La perspectiva del MCMI-IV aboga deliberadamente por un enfoque personalizado de la evaluación de la personalidad y, en última instancia, de la intervención, como se ha descrito en numerosas publicaciones (Millon, 2011; Millon y Grossman, 2007a, 2007b, 2007c, 2012). Este enfoque promulga que entender a la persona en términos de motivaciones y expresiones primarias de sí misma es mucho más útil y adecuado que identificar el proceso de una enfermedad predefinida y utilizar un único enfoque para «arreglar» lo que no funciona. Desde este punto de vista, la personalidad, como se refleja en las escalas de la personalidad del MCMI-IV, se entiende como un sistema que caracteriza los factores motivadores típicos de un sujeto, así como su mundo interior y defensas, tendencias afectivas, reflexiones sobre sí mismo, procesos mentales, etc. A partir de aquí, al comprender la experiencia del malestar psicológico del sujeto (es decir, los problemas o dificultades que emanan directamente de un patrón de personalidad o de la interacción personal, así como su sintomatología clínica), se llega, de forma natural, a la acción adecuada y al cambio hacia un funcionamiento mejor. Es más, la capacidad de desarrollar esta comprensión única y personalizada del sujeto permite establecer una relación centrada en el paciente más estrecha y empática. Ahora bien, dados los miles de millones de personas que hay en el mundo, ¿cómo llega el profesional a comprender la experiencia del paciente utilizando solo las 10 categorías diagnósticas del DSM-5 o, incluso, los 15 patrones de la personalidad del MCMI-IV?

En la tabla 4.1 se presenta la estructura de las polaridades de las dimensiones para cada prototipo de la personalidad (véanse los apartados «Teoría evolutiva de la personalidad de Millon» del capítulo 3 [p. 23] para una descripción de las polaridades y de las dimensiones y «Creación de ítems» del capítulo 5 [p. 53] para una definición del constructo *prototipo*). Aunque algunos pacientes puedan casi encajar con un prototipo, son la minoría. La mayoría presentarán una combinación de dos o más escalas de la personalidad. Dadas las diferencias existentes entre cada elevación en el sistema de prototipos del modelo evolutivo, la combinación puede contener aspectos conflictivos o discordantes. Por ejemplo, el prototipo 2A (Evitativo) gestiona el malestar psicológico de un modo activo, mientras que el prototipo 2B (Melancólico) espera el malestar psicológico y se somete a él pasivamente. Cuando ambas tendencias coinciden en una misma personalidad, el resultado puede ser desde el reequilibrio de las dos tendencias hasta el choque motivacional psíquico entre ellas.

Tabla 4.1. Estructura de las polaridades de las dimensiones para cada prototipo de la personalidad

	Prototipo	Existencia	Adaptación	Replicación
		Placer-Dolor	Pasivo-Activo	Uno mismo-Otros
1	Esquizoide	Débil-Débil	Fuerte-Débil	Medio-Débil
2A	Evitativo	Débil-Fuerte	Débil-Fuerte	Medio-Medio
2B	Melancólico	Débil-Fuerte	Fuerte-Medio	Medio-Medio
3	Dependiente	Medio-Medio	Fuerte-Débil	Débil-Fuerte
4A	Histriónico	Medio-Medio	Débil-Fuerte	Medio-Fuerte
4B	Tempestuoso	Fuerte-Débil	Débil-Fuerte	Medio-Medio
5	Narcisista	Medio-Medio	Fuerte-Débil	Fuerte-Débil
6A	Antisocial	Medio-Débil	Débil-Fuerte	Fuerte-Débil
6B	Sádico	Medio-Fuerte (invertida)	Débil-Fuerte	Medio-Débil
7	Compulsivo	Débil-Medio	Fuerte-Débil	Débil-Medio (conflictiva)
8A	Negativista	Débil-Medio	Medio-Fuerte	Medio-Débil (conflictiva)
8B	Masoquista	Débil-Fuerte (invertida)	Fuerte-Medio	Débil-Medio
S	Esquizotípico	Débil-Débil (vacilante)	Débil-Débil (vacilante)	Débil-Débil (vacilante)
C	Límite	Medio-Medio (conflictiva)	Medio-Medio (conflictiva)	Medio-Medio (conflictiva)
P	Paranoide	Medio-Medio (inalterable)	Medio-Medio (inalterable)	Medio-Medio (inalterable)

Relaciones entre personalidad, síndromes y estresores

Aunque el DSM-5 se ha distanciado del modelo multiaxial, el MCMI-IV sigue siendo un instrumento multiaxial derivado de un enfoque integrado de la psicopatología y la personalidad. La lógica interpretativa del MCMI-IV, por otra parte, también conserva el objetivo de lograr una comprensión de la persona y de sus experiencias como una entidad integrada, no como una suma de diagnósticos.

El progreso hacia una concepción integrada de la enfermedad se ejemplifica mediante la evolución de las ciencias de la salud, como se ilustra en la figura 4.1. Los círculos concéntricos representan los cambios que ha experimentado la medicina en los dos últimos siglos. En el centro se encuentran los síndromes clínicos, como la depresión y la ansiedad, que se corresponden con el estado de la medicina hace cien años o más, cuando los médicos definían las enfermedades de los pacientes en función de la sintomatología que presentaban —estornudos, tos, erupciones cutáneas, fiebres— y las etiquetaban a partir de los aspectos visibles.

El círculo exterior representa los estresores físicos y psicosociales, como los problemas de salud, los apuros económicos y las dificultades relacionales, y se corresponde con el cambio de paradigma médico que tuvo lugar aproximadamente hace un siglo, cuando se empezó a considerar que las enfermedades eran el resultado de microbios intrusivos que infectaban el cuerpo y alteraban sus funciones normales. Con el tiempo, la medicina fue abandonando los antiguos términos descriptivos y los sustituyó por etiquetas diagnósticas representativas de su ostensiva etiología. Así, por ejemplo, la «demencia paralítica» pasó a denominarse «neurosífilis».

Finalmente, el círculo intermedio, que actúa como mediador entre el central y el exterior, se corresponde con los patrones de la personalidad y representa el progreso que la medicina ha hecho en las últimas décadas al superar el modelo de «enfermedad intrusa»; un avance que en los últimos 35-40 años ha sido muy notable como consecuencia de la mayor atención prestada a los problemas inmunológicos, como el VIH y el sida. Esta progresión refleja la cada vez mayor concienciación del papel clave que desempeña el sistema inmunitario, la capacidad intrínseca del cuerpo para luchar con la omnipresente infinidad de agentes infecciosos y cancerígenos potencialmente destructivos que están presentes en el entorno físico. La medicina ha aprendido que ni los síntomas (los estornudos y la tos) ni las infecciones intrusas (los virus y las bacterias) son la clave de la salud o la enfermedad. El principal factor determinante es la capacidad defensiva del propio cuerpo. Del mismo modo, en la psicopatología, ni la ansiedad o la depresión ni los estresores de la infancia o los actuales son la clave del bienestar psicológico; sino el equivalente mental del sistema inmunitario —la estructura y el estilo de los procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y afrontar nuestro mundo psicosocial—, es decir, el constructo psicológico que denominamos *personalidad*.

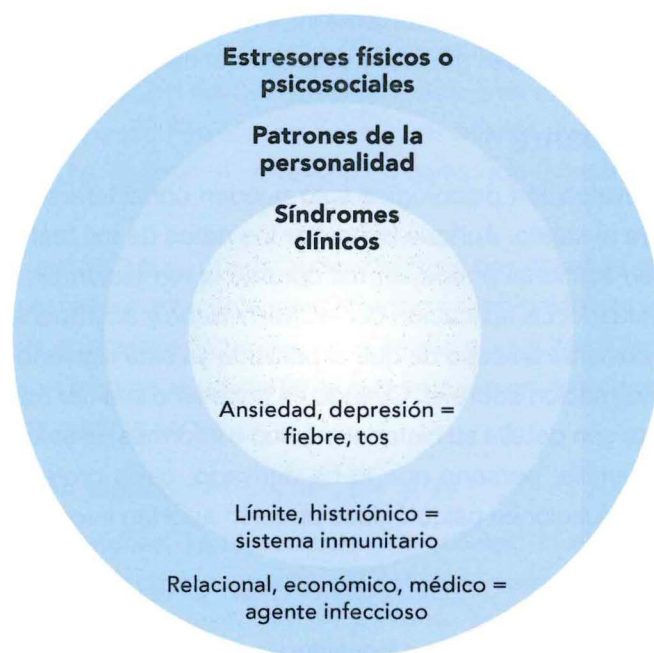


Figura 4.1. Relaciones entre personalidad, síndromes y estresores

El modelo multiaxial se estableció concretamente para fomentar las concepciones integradoras de los síntomas que manifiesta un sujeto, en términos de la interacción entre los estilos de afrontamiento arraigados y los estresores psicosociales. El proceso de interpretación del MCMI-IV sigue basándose en la concepción integradora de la psicopatología que no se limita a diagnosticar o documentar los síndromes clínicos de un sujeto (erupciones cutáneas y estornudos, por ejemplo), sino que contextualiza estos trastornos manifestados desde un punto de vista más amplio: el estilo de percepción, pensamiento, sentimiento y conducta que tiene el sujeto.

Con el fin de optimizar la integración de todos los datos relevantes, el proceso de interpretación consta de tres fases fundamentales:

1. Examen de la validez del perfil, así como de cualquier otra circunstancia clínica especial.
2. Análisis de las implicaciones de las elevaciones de las escalas por separado, en conjunto y su configuración.
3. Incorporación de datos adicionales al perfil de interpretación que ayudan a elaborar una imagen clínica completa del paciente.

Cada una de estas fases, a su vez, está formada por varios pasos. En la figura 4.2 se ilustra la secuencia propuesta para el proceso de interpretación del MCMI-IV: las fases y los pasos que posibilitan este enfoque holístico.

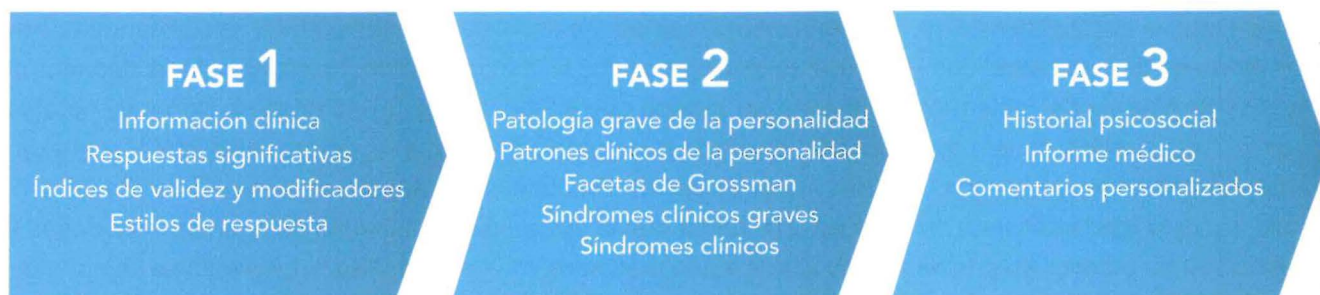


Figura 4.2. Fases del proceso de interpretación

Fase 1: Examen de la validez y de las circunstancias clínicas especiales

La primera fase de cualquier proceso de interpretación consiste en examinar la validez general del protocolo, y en ella intervienen diversos aspectos de interés clínico, como el análisis de los datos obtenidos de otras fuentes distintas al MCMI-IV, la valoración del problema inmediato y las circunstancias especiales del paciente, así como la determinación de la validez general y el sesgo del estilo de respuesta.

Información clínica relevante

Los resultados de cualquier evaluación psicológica solo pueden considerarse válidos en el contexto de la situación en que se encuentra el sujeto. Aunque consultar los datos de los tests psicológicos, como los del MCMI-IV, sin más información adicional puede ser útil durante la formación clínica, no dan por sí solos una imagen precisa del sujeto evaluado. La aplicación del MCMI-IV debe ir acompañada de una entrevista clínica con el paciente; esta puede obviarse en caso de que el paciente ya esté siguiendo terapia con el profesional, puesto que ya dispone de información sobre él. Cuando es necesario evaluar más exhaustivamente a un paciente, es conveniente analizar con detalle su historial médico e informes de salud mental, así como los datos obtenidos de otras fuentes (familia, persona que lo ha derivado, otros profesionales, etc.). Asimismo, los datos procedentes de otras evaluaciones psicológicas también aportan información contextual importante.

Respuestas significativas

Algunas respuestas a los ítems del MCMI-IV se consideran significativas cuando son afirmativas (véase el anexo B). Su finalidad es alertar a los profesionales de que su contenido es relevante y de que se les debe prestar una atención especial, bien al interpretar los resultados, bien porque se requiere una intervención clínica inmediata.

Los ítems cuyas respuestas afirmativas son significativas se clasifican en 13 categorías:

- TDAH
- Espectro autista
- Maltrato infantil
- Trastorno de la conducta alimentaria
- Falta de control emocional
- Explosiones de ira
- Preocupación por su salud
- Alienación interpersonal
- Abuso de la medicación
- Potencial conducta autodestructiva
- Conductas/tendencias autolesivas
- Lesión cerebral
- Tendencias vengativas

Dado que los problemas que representan estas categorías son muy diferentes, el número de ítems con respuestas afirmativas necesario para que sean significativas del problema es distinto. Mientras que para algunos problemas se requiere una única respuesta afirmativa, para otros es necesario que el paciente responda afirmativamente a más ítems para que las respuestas puedan considerarse significativas. Por ejemplo, para las categorías de TDAH y espectro autista se requiere que el paciente responda afirmativamente a cuatro o más de los ítems correspondientes. Por otra parte, las respuestas afirmativas significativas pueden matizar el significado de ciertos patrones de la personalidad o síndromes clínicos. Esto sucede, en especial, con las categorías de TDAH, espectro autista, potencial conducta autodestructiva y lesión cerebral. Ante respuestas afirmativas a los ítems correspondientes a estas categorías, el profesional debe ser cauteloso al establecer un diagnóstico diferencial entre estas respuestas y las escalas 1 (Esquizoide), S (Esquizotípico), A (Ansiedad generalizada) y R (Estrés postraumático), entre otras.

Índices de validez y modificadores

Tradicionalmente, los datos de los tests se valoran como válidos o inválidos; por lo tanto, la mayoría de los resultados o se interpretan o se descartan. Sin embargo, la evaluación de la validez de un protocolo es mucho más compleja. No solo el perfil global del test puede considerarse válido o inválido en cierta medida, sino que también dentro de un perfil puede haber puntuaciones escalares que sean válidas y otras que lo sean menos. Esto sucede, por ejemplo, cuando el contenido de ítems que quedan sin responder pertenece a un constructo determinado.

La validez de los resultados del MCMI-IV puede verse afectada por diversos motivos, como series de respuestas positivas o negativas, respuestas aleatorias, simulación intencionada y problemas de lectura. Para evitar las series de respuestas positivas o negativas, el MCMI-IV incluye ítems formulados de forma afirmativa y negativa (Comrey, 1988). No obstante, es importante que se apliquen métodos de detección de resultados inválidos como los que se describen a continuación.

Indicadores de respuestas aleatorias (escalas V y W)

Para detectar las respuestas aleatorias, se dispone de dos escalas: Invalidez (V) e Inconsistencia (W). La escala V está formada por tres ítems cuya respuesta afirmativa es sumamente inverosímil si el paciente responde con rigor. La escala W está compuesta por 25 pares de ítems; cada par es semánticamente similar y está estadísticamente relacionado. La combinación de estas escalas permite identificar los protocolos cuestionables o inválidos por posibles respuestas aleatorias. En el capítulo 5 se describe la construcción, la validación y el uso de estas escalas.

Cuando un protocolo se considera *cuestionable* por los indicadores de respuestas aleatorias, existe la posibilidad de que estas se deban a problemas de lectura o limitaciones lingüísticas, dificultad para mantener la atención, deterioro cognitivo, descuido, indiferencia, fatiga o falta de cooperación. En estos casos deben investigarse las posibles causas y, hasta que no se averigüe el motivo de la aleatoriedad, se deben interpretar los resultados con cautela. Si un protocolo se considera *inválido* a partir de los resultados de las escalas V y W, no debe llevarse a cabo la interpretación.

Índice de Sinceridad (escala X)

El índice de Sinceridad (escala X) también puede ser indicativo de una conducta problemática del paciente al responder, principalmente si tiende a ser sincero y abierto o, por el contrario, reservado. Se calcula a partir de las respuestas afirmativas a las escalas de la 1 a la 8B y se interpreta a partir de la desviación positiva o negativa del rango medio de dicha puntuación (véase el capítulo 5). La escala X es la única escala del MCMI-IV que es clínicamente interpretable aunque la puntuación sea baja o alta. Cuando la puntuación directa es inferior a 7 o superior a 114, el protocolo debe considerarse inválido.

Índice de Deseabilidad social (escala Y)

El índice de Deseabilidad social mide el grado en que los resultados del paciente pueden verse afectados por su tendencia a parecer socialmente agradable, moralmente admirable o emocionalmente equilibrado. Una tasa base igual o superior a 75 en esta escala indica la tendencia a mostrar una imagen de sí mismo positiva e interesante. Cuanto más alta sea la puntuación, más probable es que el paciente haya ocultado ciertos aspectos de sus dificultades psicológicas o interpersonales.

Índice de Devaluación (escala Z)

El índice de Devaluación (escala Z) refleja, por lo general, tendencias opuestas a las mostradas por el índice de Deseabilidad social (escala Y). No obstante, a veces ambos índices pueden ser altos, sobre todo en pacientes reacios a hablar de sí mismos. Una tasa base igual o superior a 75 en esta escala suele apuntar a la tendencia del sujeto a menospreciarse o subestimarse manifestando más problemas emocionales y personales de los que un análisis posterior pueda reflejar. Conviene examinar con mucho detalle las puntuaciones especialmente altas, no sólo para obtener una evaluación más precisa de lo que podría ser un nivel distorsionado de los problemas psicológicos, sino también para determinar si reflejan la petición de ayuda de un paciente con problemas emocionales que le causan mucha angustia.

Problemas de lectura

Las respuestas inválidas pueden deberse a la insuficiente competencia lectora del paciente, bien sea causada por desconocimiento del idioma, algún trastorno de la lectura o un nivel educativo bajo. El hecho de que el paciente se muestre turbado cuando se le pide que cumplimente el inventario, o de que necesite que se le aclare el significado de varios ítems, puede corroborar esta hipótesis.

Consideraciones sobre el estilo de respuesta

Las tasas base de las escalas X, Y y Z pueden interpretarse en función de la configuración del perfil. Por ejemplo, puntuaciones bajas en las escalas X (Sinceridad) e Y (Deseabilidad social) y una puntuación alta en la escala Z (Devaluación) sugieren una exageración moderada de los problemas emocionales actuales, que probablemente ya hayan sido solucionados en buena medida, por lo que no afecta a la validez interpretativa. En cambio, una puntuación baja en la escala X y puntuaciones altas en las escalas Y y Z, indican que el paciente respondió afirmativamente a ítems que reflejan síntomas y características antitéticos, lo que debe dar lugar a dudas sobre la validez del perfil. Esta configuración puede darse a veces en pacientes con trastornos depresivos graves, normalmente acompañados de agitación.

Cabe destacar, asimismo, otras configuraciones del perfil. Por ejemplo, los pacientes que intentan mostrar la mejor imagen de sí mismos pueden obtener una puntuación baja en la escala X y alta en la escala Y. Los estudios realizados con las ediciones anteriores del MCMI señalan una tendencia en estos pacientes a obtener puntuaciones altas en determinadas escalas de los patrones clínicos de la personalidad. Estas elevaciones se observan en las escalas Dependiente, Narcisista y Compulsivo según si el paciente quiere parecer cooperativo, seguro de sí mismo o responsable, respectivamente. En cambio, no se observan elevaciones en ninguna de las escalas más centradas en los síntomas, es decir, las de patología de la personalidad y las de los síndromes clínicos. La dificultad de distinguir entre un perfil «falseado-bueno» y un perfil válido de un paciente que realmente tiene los rasgos en cuestión (p. ej., dependencia o perfeccionismo) ha sido abordada en diversos estudios (Bagby y Marshall, 2005; Daubert y Metzler, 2000; Schoenberg, Dorr y Morgan, 2003).

En el otro extremo se encuentra el perfil de «petición de ayuda» de los pacientes cuyo estilo de respuesta los hace parecer más alterados psicológicamente de lo que realmente están. En estos casos se observan elevaciones en las escalas X y Z, así como en muchas de las relacionadas con la patología grave (Aguerrevere, Greve, Bianchini y Meyers, 2011; Bagby y Marshall, 2005; Daubert y Metzler, 2000; Schoenberg, Dorr y Morgan, 2006).

Aunque el fin de las escalas X, Y y Z es compensar el efecto de estos estilos de respuesta, no pueden convertir un perfil inválido en un perfil válido, ni compensar realmente el hecho de que un estilo de respuesta sea la razón principal de las puntuaciones de un paciente. La identificación de un estilo de respuesta marcado puede ser relevante clínicamente, en sí misma y por sí misma, porque permite que el profesional se forme una opinión sobre cuán sincero o realista puede ser un paciente respecto a sus problemas. Para ir más allá de la interpretación de un estilo de respuesta marcado, puede ser necesario volver a aplicar el MCMI-IV, si se considera adecuado, habiéndole recomendado previamente que responda a los ítems con la mayor sinceridad posible.

Fase 2: Análisis de las elevaciones de las escalas, por separado y en conjunto, y de su configuración

Debe tenerse en cuenta que es sumamente raro que un paciente, de acuerdo con la teoría evolutiva de Millon, muestre clínicamente un prototipo puro o que, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, presente un único trastorno de la personalidad. Es aún menos frecuente que se observe una única elevación en las escalas de los patrones de la personalidad y una única elevación en las escalas de los síndromes clínicos. En los pocos casos en que esto sucede, la interpretación podría terminarse en esta fase; sin embargo, incluso en estos casos, puede ser conveniente considerar otros aspectos y ampliar la interpretación. Dado que el MCMI-IV se basa en una teoría de la personalidad y la psicopatología, es aconsejable analizar e integrar los constructos teóricos relevantes para cada escala, especialmente las que miden los patrones de la personalidad. Para ello, puede consultarse la tabla 4.1, en la que figuran los prototipos, así como el capítulo 3, en el que se describe su expresión y derivación evolutiva en los ocho dominios funcionales y estructurales. Toda esta información es útil para llevar a cabo la interpretación.

Escalas de la personalidad

Interpretación por separado de las elevaciones de las escalas

Al analizar las elevaciones de las escalas por separado, los constructos prototípicos aportan información clínica importante que puede verse modificada cuando, al avanzar en el proceso de interpretación, se analiza la configuración de varias escalas en su conjunto. Para cada elevación es importante valorar las implicaciones de la estructura de las polaridades y, si a la escala le corresponde un trastorno equivalente en el DSM-5, tener presente los criterios del trastorno recogidos en este. Si bien es cierto que las elevaciones de las escalas por separado pueden ser clínicamente significativas, se recomienda centrar la interpretación en las tres o cuatro elevaciones más destacadas, empezando por las de las escalas de la patología grave de la personalidad (S, C y P).

Patología grave de la personalidad

Las escalas S (Esquizotípico), C (Límite) y P (Paranoide) son particulares porque tienen la capacidad de afectar a toda la estructura de la personalidad. Por ejemplo, una elevación en la escala 7 (Compulsivo) o en la escala 8A (Negativista) indica que existe un conflicto en una única polaridad (uno mismo-otros), pero una elevación en la escala C (Límite) indica que hay conflictos en las tres polaridades. En la teoría evolutiva de Millon, los conflictos que superan los límites de una polaridad representan estadios más avanzados de la patología de la personalidad y se diferencian de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad en varios aspectos. Por otra parte, estos conflictos tienden a reflejar rasgos de la personalidad propios de los patrones clínicos de la personalidad que probablemente eran evidentes antes de que aumentara su gravedad.

Al analizar las tres escalas de la patología grave de la personalidad, el profesional debe tener en cuenta si alguna de ellas está elevada y, de ser así, si esta elevación es de las más altas del perfil. Asimismo, debe prestarse especial atención a las tasas base entre 75 y 84, puesto que son indicativas de los tipos de personalidad que se corresponden con los criterios diagnósticos del DSM-5; y también a las tasas base iguales o superiores a 85, porque reflejan un nivel superior de patología, el umbral de un trastorno de la personalidad

grave (según la concepción de Millon de la patología de la personalidad: esquizofrénico, ciclotímico y parafrénico, [2011]). Si se observa alguna de estas elevaciones y es de las más altas del perfil, debe valorarse complementar el diagnóstico con los criterios del DSM-5.

Cuando la tasa base de alguna de las tres escalas de la patología grave de la personalidad es igual o superior a 60, y ninguna de ellas es de las más altas del perfil, el efecto de la estructura de la personalidad indicada por esa escala debe «matizar» el resto de las escalas de la personalidad. La escala S destaca por la difusión generalizada de las dimensiones que afecta a toda la estructura de las polaridades; la escala C, por el efecto conflictivo generalizado en las tres polaridades; y la escala P, por la tendencia a inmovilizar y restringir todas las dimensiones de la estructura de polaridades. Véase el apartado «Interpretación de la elevación de un conjunto de escalas y de su configuración» para más información al respecto.

Este paso puede omitirse si no hay ninguna escala de la patología grave de la personalidad con una tasa base igual o superior a 60. Las elevaciones inferiores a 60 en estas u otras escalas pueden ser ideográficamente útiles para formular hipótesis clínicas, pero no se consideran fiables o válidas para fines diagnósticos; en estos casos, deben considerarse primero las escalas con puntuaciones más altas.

Patrones clínicos de la personalidad

Las siguientes escalas que deben analizarse son las de los patrones clínicos de la personalidad (1-8B). Al igual que con las escalas de la patología grave de la personalidad, primero debe tenerse en cuenta la elevación más alta e ir analizando las siguientes elevaciones por orden de magnitud, teniendo en cuenta las puntuaciones más pronunciadas. Para cada escala elevada (es decir, con una tasa base igual o superior a 60) debe considerarse el desequilibrio, conflicto o desacuerdo respecto a la estructura prototípica, así como los criterios del DSM-5 cuando corresponde. Las tres escalas más altas constituyen el código de puntuaciones máximas.

Las tasas base de 60 indican que las respuestas del paciente son similares a las de los sujetos de la muestra de tipificación que presentaban rasgos de un patrón determinado y posiblemente reflejaban estilos adaptativos de la personalidad con problemas moderados u ocasionales en áreas específicas. Las tasas base iguales o superiores a 75 y 85 indican, respectivamente, tipos de personalidad menos adaptativos y trastornos clínicos de la personalidad. Cuando en conjunto predominan las elevaciones altas o bajas (p. ej., la tasa base de muchas escalas es igual o superior a 85), el profesional debe recurrir a su juicio clínico para interpretar el conjunto de las respuestas del paciente. Los índices modificadores (escalas X, Y y Z) pueden ayudar a determinar si alguna escala o varias puede estar aumentada o disminuida considerablemente.

Al igual que con las escalas de la patología grave de la personalidad, cuando las puntuaciones de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad son inferiores a 60, las elevaciones más bajas pueden ser ideográficamente útiles para formular hipótesis clínicas, pero no se consideran fiables ni válidas para fines diagnósticos. En estos casos, deben considerarse primero las escalas con puntuaciones más altas.

Si en ninguna de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad o de la patología grave de la personalidad se ha obtenido una tasa base igual o superior a 60, el protocolo debe considerarse inválido y, por tanto, no puede usarse para establecer un diagnóstico. En función del estilo de respuesta del paciente (p. ej., una puntuación inusualmente baja en Sinceridad), el profesional puede optar por aplicar de nuevo el inventario habiéndole pedido previamente al sujeto que sea más franco y menos desconfiado.

Interpretación de la elevación de un conjunto de escalas y de su configuración

Excepto en los casos en que el patrón de la personalidad con una puntuación más alta sobresale considerablemente respecto a los demás, las elevaciones secundarias aportan casi siempre información significativa. En este apartado y en el siguiente se expone brevemente la conveniencia de elaborar descripciones detalladas de la personalidad a partir de los perfiles del MCMI-IV antes de proceder al siguiente paso del proceso de interpretación. Los dos ejemplos siguientes, aunque solo ilustran algunos conceptos elementales de la

interpretación teniendo en cuenta la elevación de un conjunto de escalas y su configuración, reflejan la importancia de esta sinergia en la formulación de interpretaciones muy diferentes basadas en las elevaciones de varias escalas.

Ejemplo 1. Dos pacientes han obtenido la puntuación más alta de los patrones clínicos de la personalidad en Dependiente (escala 3). Para uno de ellos, la segunda puntuación más alta es Evitativo (escala 2A); para el otro es Histriónico (escala 4A). Si se analiza por separado la puntuación más alta, el patrón de la personalidad predominantemente dependiente sugiere rasgos tales como la necesidad de figuras más fuertes y protectoras, la tendencia a no ser asertivo y a ser conciliador, el autoconcepto pobre y frágil, así como la falta de sentido crítico y una cierta ingenuidad ante los problemas interpersonales. Sin embargo, en el patrón de la personalidad dependiente-evitativo se observan características diferentes, como son el aislamiento defensivo ante las relaciones sociales (debido al miedo al rechazo), la tendencia a mitigar la sensibilidad interpersonal excesiva, la tendencia persistente subyacente a la depresión y la soledad y el resentimiento oculto e intenso hacia las personas de las que depende. En cambio, en el patrón de la personalidad dependiente-histriónico se observan características distintas, tales como los esfuerzos persistentes para que las relaciones interpersonales sean armónicas aun a costa de los valores interiores, los estados emocionales intermitentes e inconstantes y la búsqueda de atención mediante la autodramatización, junto con los rasgos característicos de un dependiente puro, como la sumisión, la ingenuidad y la dependencia.

Ejemplo 2. Dos pacientes han obtenido una tasa base superior a 75 en el síndrome clínico Consumo de alcohol (escala B), pero distinto estilo de personalidad. El patrón de la personalidad de uno de ellos es histriónico-antisocial (escalas 4A-6A), mientras que el patrón del otro es compulsivo-dependiente (escalas 7-3). Es probable que estos pacientes manifiesten y gestionen su consumo del alcohol de formas claramente divergentes. El paciente histriónico-antisocial probablemente sea irresponsable y poco convencional, muestre conductas impulsivas y muy punitivas y reaccione con ira e irritabilidad ante los esfuerzos de los demás por controlar su consumo de alcohol. Por el contrario, el paciente compulsivo-dependiente probablemente sea convencional y muestre más control (excepto en los episodios alcohólicos), tenga conflictos internos sobre su dependencia, muestre conductas autopunitivas, haya intentado sin éxito controlar su alcoholismo y sienta remordimiento y culpabilidad por la preocupación que genera en los demás.

Como estos ejemplos ilustran, la incorporación de una segunda escala elevada altera significativamente la imagen de la personalidad y conlleva interpretaciones distintas.

Tal y como han señalado los filósofos de la ciencia desde hace tiempo, la utilidad de cualquier sistema de clasificación radica en la capacidad de las categorías usadas de sugerir más atributos que los observables de forma inmediata. Al analizar las elevaciones por separado y recopilar la información obtenida, es posible examinar la estructura de las polaridades de cada elevación junto con la de otra. Además, los ocho dominios funcionales y estructurales de cada constructo de la personalidad forman los elementos que se asocian, universalmente o con una gran probabilidad, a otros atributos clínicos de sus respectivos patrones de la personalidad. Por tanto, cada personalidad es un tipo de estructura de covarianza de las características de dichos dominios. La presencia de cualquier característica implica la presencia de otras asociadas propias de una determinada personalidad.

1. Análisis de las elevaciones de la patología grave de la personalidad

El modelo evolutivo presentado en el capítulo 3 sostiene que las escalas de la patología grave de la personalidad representan variantes disfuncionales extremas de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad. Las variantes más disfuncionales de las personalidades esquizoide y evitativa a menudo se integran con la personalidad esquizotípica; las de las personalidades masoquista y sádica, con la personalidad límite o la paranoide; las de las personalidades dependiente e histriónica, con la personalidad límite; las de las per-

sonalidades narcisista y antisocial, con la personalidad paranoide; y las de las personalidades compulsiva y negativista, con la personalidad límite o la paranoide.

Por ello, cualquier elevación en las escalas S, C y P puede matizar la interpretación de otras escalas. Por ejemplo, si un paciente ha obtenido una tasa base de 60 en la escala P (Paranoide), esta puntuación puede indicar que el patrón de la personalidad que lo caracteriza (es decir, que muestra una elevación superior) se manifiesta con una mayor inmovilidad e inflexibilidad. Si el patrón de personalidad que caracteriza a ese paciente es la escala 7 (Compulsivo), la coelevación de la escala P probablemente se refleje en un mayor grado de defensividad del proceso cognitivo constreñido, en un respeto extremadamente estricto hacia la autoridad y las expectativas de los demás, y en la negación sistemática de sus propias necesidades. Si el paciente presenta una coelevación de la escala P con la escala 5 (Narcisista) probablemente la escala P matice las tendencias narcisistas y se refleje en un incremento de las amenazas percibidas a su autoestima, en la manifestación más frecuente de ideas expansivas y en el hecho de creerse con privilegios o superior a los demás. Al interpretar cualquier coelevación con las escalas S, C o P, se concederá más relevancia a la escala de la patología grave de la personalidad o a la escala de los patrones clínicos de la personalidad en función de cuál de ellas sea más elevada.

2. Análisis de las polaridades concordantes, desequilibrios y conflictos entre las elevaciones prototípicas

Disponiendo de la tabla 4.1 y de la información aportada por las elevaciones de las escalas analizadas por separado, se debe analizar la estructura de las polaridades de las diferentes escalas para detectar tendencias. Tomando como ejemplo el supuesto presentado inmediatamente antes de la tabla 4.1, las tendencias de las escalas 2A (Evitativo) y 2B (Melancólico) pueden coincidir en el mismo paciente. La escala 2A se define principalmente por las polaridades activo y dolor, mientras que la escala 2B se asocia típicamente a las polaridades pasivo y dolor. Cada patrón está centrado en las amenazas psíquicas (vergüenza, rechazo, descubrimiento de defectos personales por parte de otros, etc.), pero el primero busca activamente la protección mediante la evitación, mientras que el segundo se da por vencido y asimila el dolor psíquico. Cuando existe una coelevación, es probable que la dificultad sea mayor si el paciente se queda «atascado» entre la estrategia de afrontamiento de la evitación y la de rendición. Y si el conflicto da lugar a cavilaciones excesivas cada vez más alejadas del pensamiento sobre el mundo real, no debería sorprender observar otra elevación en la escala S (Esquizotípico), por su tendencia a hacer más difusas las metas motivacionales.

3. Análisis de los dominios personológicos

Con ayuda de la tabla 3.3 se debe analizar la prominencia de los dominios funcionales y estructurales. Los dominios presentados en dicha tabla son (a) exhaustivos, porque abarcan los dominios en los que se enmarca la personalidad (en vez de con sesgo hacia una escuela); y b) comparables, porque existen en casi los mismos niveles de abstracción. Cuando se analiza una única elevación, es posible examinar los atributos de un prototipo en su continuo horizontal. No obstante, los resultados de la evaluación generalmente muestran varias elevaciones, por lo que es necesario integrar o combinar los dominios, ponderándolos en función de la relevancia que la elevación tenga en el perfil. El margen de elección que tiene el profesional a la hora de ponderar las características de los trastornos depende de diversos factores, entre ellos, la disponibilidad de información adicional. Este análisis puede ampliarse posteriormente teniendo en cuenta las facetas de Grossman.

Facetas de Grossman

Las facetas de Grossman, como se describe en el capítulo 5, proporcionan una visión detallada de los constructos medidos por las 12 escalas de los patrones clínicos de la personalidad y las 3 escalas de la patología grave de la personalidad. Cada una de estas 15 escalas cuenta con tres facetas, y cada faceta refleja uno de los dominios funcionales o estructurales más importantes de expresión de ese constructo de la personalidad (véase la tabla 3.3). La interpretación de las facetas de Grossman ayuda a formular hipótesis clínicas sobre las dificultades específicas de un dominio clínico del funcionamiento personológico, y ello permite encami-

narse hacia el tipo de tratamiento más pertinente. La terapia que emana directamente de la evaluación es, desde hace mucho tiempo, un objetivo de la ciencia clínica (Millon, 1990, 1999; 2011; Millon y Davis, 1996; Millon y Grossman, 2007a, 2007b, 2007c, 2012).

Para poder interpretar las facetas de una escala de la personalidad, la tasa base de la escala a la que pertenecen las facetas debe ser igual o superior a 60. La interpretación de los resultados de las facetas puede ser más productiva cuando las puntuaciones de las escalas a las que pertenecen son algo inferiores a las tasas bases de referencia diagnósticas de 75 y 85, porque existe la posibilidad de que puedan haber rasgos identificables de los patrones de la personalidad problemáticos incluso sin que esté presente un trastorno de la personalidad identificable. El informe del perfil del MCMI-IV incluye un gráfico de las facetas de Grossman para las tres escalas de la personalidad más elevadas, con puntuaciones iguales o superiores a 60; por lo general solo se consideran significativas las puntuaciones de las facetas iguales o superiores a 75.

Debe tenerse presente que las facetas de Grossman no están diseñadas para especificar todos los dominios personalológicos de un paciente, sino solo los dominios que tienden a ser más relevantes y, por tanto, más problemáticos cuando el paciente se enfrenta a problemas psíquicos. Generalmente, las facetas más elevadas son las más importantes en términos de la patología de la personalidad del paciente. No obstante, cuando dos o más facetas muestran la misma elevación o similar (las puntuaciones son iguales o hay una diferencia de 1 o 2 puntos), se tiene que considerar el motivo de consulta, la naturaleza de los síntomas del paciente, los resultados de otras medidas, los informes de otros profesionales o del entorno del paciente, así como las impresiones clínicas.

Al analizar las elevaciones de las facetas de Grossman, se debe comprobar si coincide algún dominio. Por ejemplo, tanto la escala 4A (Histriónico) como la escala 5 (Narcisista) disponen de facetas del dominio funcional de comportamiento interpersonal. Si estas dos escalas son las escalas de los patrones de la personalidad más elevadas (una combinación común), se deberá determinar cuál es la descripción más adecuada para este estilo de la personalidad: la expresión funcional histriónica de «interpersonalmente buscador de atención» o la expresión funcional narcisista de «interpersonalmente explotador». Para ello, cabe formularse cuatro preguntas.

1. ¿Cuál de las dos escalas de personalidad principales está más elevada, y cuán sobresaliente es la elevación?

Considérese que hay una diferencia notable entre las puntuaciones de las escalas principales; por ejemplo, una tasa base de 111 en la escala 5 (Narcisista) y de 67 en la escala 4A (Histriónico). Es probable que el paciente presente un trastorno de la personalidad narcisista prototípico, con un matiz histriónico comparativamente sutil. En este caso, la presentación prototípica puede eclipsar muchas de las facetas de Grossman de la siguiente escala de la personalidad más elevada, o quizá también de la subsiguiente.

2. ¿Están relacionadas de algún modo significativo las facetas de Grossman?

Como se ha visto en el ejemplo anterior, una faceta puede matizar otra. En concreto, es posible que la faceta de interpersonalmente buscador de atención propio del patrón de personalidad histriónica pueda, de algún modo, ser útil para la naturaleza interpersonalmente explotadora del narcisista. Por tanto, existe aquí una relación funcional entre las dos facetas, que puede aportar al profesional un conocimiento más detallado de un área específica. En otros casos, la información más precisa se obtiene mediante la combinación de las descripciones. Por ejemplo, una coelevación en la escala 5 (Narcisista) y la escala 2B (Melancólico) puede reflejarse como un estilo cognitivo expansivo y fatalista, respectivamente; esta combinación da lugar a una imagen clínica distinta de la de cada escala por separado.

3. ¿Qué son las elevaciones relativas de las facetas coincidentes?

Cuando las elevaciones más altas de las escalas de la personalidad se encuentran en un nivel similar, las puntuaciones de las facetas correspondientes determinan la descripción del dominio que es más apropiada.

Generalmente existe una diferencia entre las puntuaciones de varias facetas de un mismo dominio, pero a veces no; en estos casos es necesario buscar otras diferencias. También es posible que el paciente muestre los atributos de esas facetas al mismo tiempo o en momentos distintos.

4. ¿Qué información aportan otras medidas, incluidas las impresiones clínicas?

Las facetas de Grossman no son medidas diagnósticas precisas, sino herramientas a partir de las cuales formular hipótesis que permitan evaluar exhaustivamente la personalidad y, con ello, planificar la intervención y el tratamiento. Por ello, para aprovechar al máximo las posibilidades que ofrecen las facetas de Grossman, se requiere un cierto componente de sensibilidad clínica y de investigación. El profesional debe determinar qué puntuación de las facetas responde a las preguntas siguientes: ¿los descriptores del dominio en cuestión parecen apropiados en algunas ocasiones o combinados de algún modo? y ¿qué faceta parece más relevante o problemática para el paciente? Las respuestas a estas preguntas indican las conclusiones finales.

El siguiente paso es analizar las elevaciones relativas de las facetas y tomar las primeras decisiones clínicas acerca de cómo dichas facetas pueden interactuar. A menudo estas interacciones son fácilmente deducibles. Por ejemplo, puede ser bastante obvio por qué un paciente con elevaciones en las escalas 6A y 4 (antisocial con rasgos histriónicos) muestra un comportamiento interpersonal más acorde con el patrón histriónico (búsqueda de atención) y unas dinámicas intrapsíquicas propias del patrón antisocial (irreflexión [paso al acto]). El sistema de defensa efusivo fomenta la necesidad de llamar la atención, y la falta de reconocimiento tiende a activar las defensas irreflexivas o de paso al acto. La interpretación de esta interacción recíproca es bastante sencilla.

Sin embargo, no todas las relaciones entre las facetas son tan obvias. Por ejemplo, un paciente puede presentar elevaciones poco habituales en las escalas 2A y 5 (evitativo con rasgos narcisistas) y resultados en las facetas que muestren un estilo cognitivo expansivo propio del patrón narcisista y una autoimagen alienada propia del patrón evitativo. El profesional, teniendo en cuenta esta información y las observaciones realizadas del paciente, y aplicando su juicio clínico, puede considerar que el estilo cognitivo del patrón narcisista (expansivo) parece más una fachada que adopta el paciente para hacer frente a sentimientos generalizados de infelicidad, alienación, miedo, etc. En función de la cohesión psíquica del paciente, es aconsejable valorar si la expansividad cognitiva, posiblemente favorecida por el mecanismo de fantasía del patrón evitativo, es un precedente de un episodio psicótico, sin temática extraña, relacionado con un trastorno del estado de ánimo. Esto, evidentemente, no puede confirmarse solo con la información que ofrecen las facetas de Grossman. Sin embargo, como muestra este ejemplo, las facetas de Grossman pueden alertar a los profesionales de aspectos problemáticos potenciales ocultos.

Escalas psicopatológicas

Dado que la personalidad es un constructo intrínsecamente integrador, es imprescindible realizar la interpretación de la configuración de las escalas de los patrones clínicos de la personalidad y las de la patología grave de la personalidad, así como de las facetas de Grossman correspondientes. La integración del perfil refleja un hecho fundamental de la vida humana: las personas pueden definirse mediante diferentes características, y estas características se resumen orgánica y sustantivamente.

En cambio, las escalas de los síndromes clínicos y las de los síndromes clínicos graves pueden reflejar numerosos diagnósticos médicos diferentes; por ello, la interpretación del perfil de estas escalas, aun siendo posible, no está tan explícitamente interrelacionada por la naturaleza de los trastornos medidos como lo está en el caso de la personalidad. En parte, esto refleja un hecho clínico: que la comorbilidad entre los diagnósticos de síndromes clínicos graves puede verse influida por alguna tercera variable, o puede ser totalmente fortuita. Así pues, mientras que cada constructo de la personalidad se contextualiza de forma recíproca con los demás, puesto que la personalidad se concibe como un medio orgánico único, los síntomas de los síndromes clínicos pueden reflejar procesos patológicos diferenciados, a veces con un componente neuroquímico.

Por consiguiente, la interpretación de las elevaciones de las tasas base de las escalas de los síndromes clínicos y las de los síndromes clínicos graves es más sencilla. Las tasas bases entre 60 y 74 sugieren los síntomas patológicos de una escala, pero no son suficientemente indicativas de ellos excepto que constituyan las puntuaciones más altas de esta sección del perfil. Las tasas base entre 75 y 84 sugieren la presencia de un síndrome clínico, mientras que las tasas base iguales o superiores a 85 sugieren que un síndrome clínico es prominente.

Aunque este método de interpretación sea sencillo, en algunos casos la combinación de varios síndromes da lugar a una imagen clínica única. Un ejemplo de ello es la «doble depresión», situación en la que el paciente presenta tanto un trastorno depresivo mayor como un trastorno depresivo persistente (anteriormente denominado *distimia*). En la literatura clínica, este fenómeno se considera algo diferente, cualitativa y cuantitativamente, a cualquier síndrome por sí solo; y conlleva unas vulnerabilidades concretas, como la tendencia a evitar o retrasar el tratamiento, ya que es probable que los pacientes con depresión persistente acepten que el empeoramiento de los síntomas es algo inevitable (Klein, Schwartz, Rose y Leader, 2000).

Dado que se conocen estas combinaciones, se recomienda que primero se interpreten las escalas de los síndromes clínicos graves, porque pueden matizar la interpretación de las escalas de los síndromes clínicos. También pueden darse combinaciones significativas entre las escalas de los síndromes clínicos (p. ej., la comorbilidad frecuente de ansiedad y depresión persistente); en estos casos, se debe interpretar la configuración de dichas escalas como corresponda. No obstante, dada su mayor vulnerabilidad clínica, primero se deberían considerar las elevaciones de las escalas de los síndromes clínicos graves.

Fase 3: Incorporación de datos adicionales y elaboración de una imagen clínica completa

El MCMI-IV, como instrumento autoinformado, es solo un aspecto de la evaluación completa del paciente. Cabe recordar que la personalidad se conceptualiza como un contexto inmunológico integrado en el que se basa el significado de los síndromes clínicos. Dado que cada persona es una composición individualizada, los profesionales deben valerse de la teoría clínica y de su experiencia al integrar los resultados obtenidos por el paciente en el MCMI-IV y su historial psicosocial con el fin de elaborar un informe clínico exhaustivo y realizar comentarios personalizados.

Historial psicosocial

La precisión y detalle de cualquier instrumento autoinformado es mayor cuando sus resultados se valoran en el contexto de otras fuentes de información clínica. Por ejemplo, las circunstancias vitales actuales, la conducta observada, la información biográfica, las respuestas dadas en la entrevista, así como los resultados de otros tests, son elementos fundamentales para elaborar una imagen clínica completa del paciente. No solo las fuentes de información clínica adicionales aumentan la probabilidad de realizar inferencias terapéuticas correctas (Hoffmann, Bennett y Del Mar, 2013; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996; Vazire y Mehl, 2008), sino que los enfoques multimétodo también proporcionan, tanto a los profesionales expertos como a los novatos, una base óptima para identificar los rasgos particulares que caracterizan a cada paciente (Campbell y Fiske, 1959; Fernández-Ballesteros, 2004; Langer, Wood, Bergman y Piacentini, 2010; Moretz y McKay, 2008). Considerar el historial psicosocial del paciente es un paso crucial para garantizar la precisión de la evaluación y de las decisiones acerca del tratamiento.

Si bien la experiencia y la perspicacia clínicas pueden contribuir a que ciertas impresiones y suposiciones diagnósticas sean validadas por los datos del test, no siempre es así. Incluso cuando los resultados de la evaluación del paciente son muy similares a las predicciones del profesional, a menudo se obtiene más información de los aspectos divergentes. El significado real de los resultados probablemente se encuentra en algún punto entre los datos proporcionados por el MCMI-IV y la capacidad del profesional para integrarlos con el historial del paciente, su contexto vital y su estado actual.

Informe clínico y comentarios personalizados

El seguimiento de las fases interpretativas descritas en este capítulo debe garantizar la solidez de la información clínica con la que elaborar un informe preciso y detallado del paciente, basado solo en el MCMI-IV o formando parte de un informe clínico más exhaustivo. Dado que las diferentes situaciones requieren distintos tipos de informe, en este apartado se abordan solo los aspectos específicos del informe clínico relacionados con los datos del MCMI-IV.

Se aconseja resumir los resultados del inventario contextualizándolos; es decir, no solo presentar la sintomatología clínica y de la personalidad, sino también cómo están interrelacionadas. Como se ilustra en esta sección, es menos esclarecedor simplemente identificar, por ejemplo, un trastorno de la ansiedad combinado con tendencias de las personalidades evitativa y dependiente, que destacar la ansiedad que se experimenta y cómo se ve determinada por las variables de la personalidad. Así, en este ejemplo, sería adecuado señalar que probablemente el paciente experimente una inquietud intensa en sus relaciones interpersonales causada por su conflicto entre querer sentirse protegido por la intimidad emocional con los demás y querer apartarse de ellos por miedo al rechazo.

De forma similar se puede proceder al realizar comentarios personalizados al paciente. En vez de dar énfasis a las etiquetas diagnósticas desde el principio, se deben crear las condiciones para que se asimilen y acepten los diagnósticos que pueden derivarse. Para dar a conocer al paciente un resultado de la evaluación que podría ser relevante, es conveniente exponer primero la discrepancia observada y dejar que sea el paciente quien verbalice el efecto del conflicto. Por ejemplo, el profesional puede plantear la observación al paciente del siguiente modo:

«Una de las escalas sugiere que sus respuestas son similares a las de las personas que tienden a querer someterse a alguien para que, en mayor o menor medida, se enfrenten al mundo por ellas, porque así se sienten protegidas. Pero otra escala refleja algo diferente: que ha respondido como las personas que prefieren protegerse a sí mismas y tienden a defenderse de los demás, en especial de aquellas personas en las que confían y que pueden rechazarlas. ¿Cómo cree que se siente una persona así?».

Si el paciente es cooperativo, probablemente las respuestas a esta pregunta sean: «confundida», «con miedo», «ansiosa» o «preocupada». Gran parte de la formulación y terminología que puede utilizarse para exponer las observaciones al paciente se puede derivar de la teoría subyacente de los patrones de la personalidad (véase la tabla 4.2).

El ejemplo anterior refleja los prototipos de las escalas 2A (Evitativo) y 3 (Dependiente) combinados. La estructura de polaridades muestra que estas escalas difieren en sus estrategias adaptativas: mientras que el prototipo de personalidad de la escala 2A en la dimensión de la adaptación es activo, el prototipo de la escala 3 es pasivo. Además, el prototipo de la escala 2A tiene una fuerte disposición a evitar el dolor en la dimensión de la existencia, mientras que el prototipo de la escala 3 tiene una fuerte disposición hacia el otro en la dimensión de la replicación. Todo ello apunta a un conflicto entre querer autoprotegerse y permitir que la protección venga de otra persona en quien se confía. Con esto se demuestra, una vez más, la importancia de que el profesional esté familiarizado con la teoría evolutiva de Millon.

Tabla 4.2. Estructura de las polaridades de las dimensiones para los prototipos de las escalas 2A (Evitativo) y 3 (Dependiente)

	Prototipo	Existencia	Adaptación	Replicación
		Placer-Dolor	Pasivo-Activo	Uno mismo-Otros
2A	Evitativo	Débil-Fuerte	Débil-Fuerte	Medio-Medio
3	Dependiente	Medio-Medio	Fuerte-Débil	Débil-Fuerte

Interpretaciones complejas

Con relativa cierta frecuencia, la interpretación del perfil resultante de la aplicación del MCMI-IV no puede llevarse a cabo únicamente siguiendo el proceso descrito, sino que se requieren otras estrategias. A continuación se presentan algunos ejemplos de estas situaciones.

Obtención de los rasgos de la personalidad a partir de escalas de la personalidad con la misma elevación

La interpretación de la configuración es más compleja cuando dos o más escalas muestran aproximadamente la misma elevación (es decir, cuando no hay una configuración real). En este caso, todos los atributos de los dominios funcionales y estructurales de los prototipos elevados se convierten en hipótesis sobre el paciente. Por ello, se dispone de dos opciones: integrar o combinar los atributos de los dominios relevantes, o recurrir a más atributos de un prototipo que de los demás.

Si, por ejemplo, el perfil muestra una personalidad narcisista-dependiente y las escalas 5 y 3 tienen aproximadamente la misma elevación, se dispone de dos posibles atributos para cada dominio funcional y estructural (véase la tabla 4.3). El profesional puede recurrir a dos fuentes complementarias de información para respaldar la elección de los atributos específicos de cada dominio. La primera fuente de información son las respuestas a los ítems del MCMI-IV. Cabe recordar que el MCMI-IV se construyó de acuerdo con el modelo prototípico en que se basan los trastornos de la personalidad del DSM-5. Al tratar de sostener o rechazar las numerosas hipótesis sobre los dominios generadas por el hecho de que dos o tres escalas de la personalidad tienen una elevación prácticamente idéntica, pueden analizarse los ítems prototípicos y considerarlos ítems que inclinan el juicio clínico en una u otra dirección. (En el anexo C figuran los ítems prototípicos de cada escala.) De este modo, los ítems prototípicos tienen un gran valor interpretativo y taxonómico. Sin embargo, como puede comprobarse al analizar los ítems prototípicos de cualquier escala de la personalidad, el MCMI-IV no contiene ítems que reflejen todos los dominios funcionales y estructurales de cada patrón de la personalidad. Ello es debido, por una parte, a que algunos dominios son más inferenciales que otros (p. ej., la arquitectura intrapsíquica) y no se revelan fácilmente en un inventario autoinformado; y, por otra parte, a que están coordinados con el DSM-5, que presenta un sesgo hacia algunos dominios más que hacia otros (Millon, 2011; Millon y Davis, 1996). Aun así, el análisis de la información de los ítems es a menudo decisivo cuando se tienen que integrar y sintetizar dos o tres escalas de la personalidad en un informe clínico.

Tabla 4.3. Atributos de los dominios funcionales y estructurales de la personalidad para las escalas 5 (Narcisista) y 3 (Dependiente)

	Clasificación	5 Narcisista	3 Dependiente
Dominios funcionales	expresión emocional	arrogante	pueril
	comportamiento interpersonal	explotador	sumiso
	estilo cognitivo	expansivo	ingenuo
	dinámicas intrapsíquicas	racionalización	introyección
Dominios estructurales	autoimagen	admirable	inepta
	contenido intrapsíquico	artificioso	inmaduro
	arquitectura intrapsíquica	aparente	incompleta
	estado de ánimo/temperamento	despreocupado	pacífico

La segunda fuente de información que puede utilizarse para sostener las hipótesis sobre los dominios no se encuentra en el MCMI-IV, sino que la constituyen las impresiones clínicas, los informes de personas que conocen bien al paciente, los resultados de otros instrumentos y la naturaleza del motivo de consulta. Así, siguiendo con el ejemplo anterior, si de la entrevista con el paciente se desprende que es una persona incapaz de tomar una decisión y que carece de confianza en sí misma, queda respaldada la interpretación de un patrón dependiente en vez de narcisista para el dominio de la autoimagen. Sin embargo, si otras personas indican que el paciente actúa con grandiosidad y se considera especial, es posible que la autoimagen «inepta» del dependiente y la autoimagen «admirable» del narcisista deben integrarse de algún modo, quizá mediante la noción psicodinámica de que la grandiosidad es una defensa ante los sentimientos de inferioridad subyacentes. Al igual que con cualquier instrumento, los conocimientos adicionales y la teoría psicológica se aúnan para dar lugar a interpretaciones plausibles del carácter de un sujeto.

Gravedad y funcionalidad de las personalidades patológicas

La normalidad y la patología de la personalidad forman parte de un continuo. Las claras líneas de las divisiones diagnósticas del DSM-5, así como las tasas bases de referencia de 75 y 85 utilizadas en el MCMI-IV, se establecieron con unos objetivos prácticos. No obstante, estas divisiones no existen en la realidad. Entonces, ¿cómo deben interpretarse las elevaciones iguales o superiores a 75 y cómo reflejan la gravedad y la funcionalidad de la patología de la personalidad?

Al interpretar varias escalas de los patrones de la personalidad que muestran elevaciones iguales o superiores a 75, no se les debe conceder el mismo peso a todas; solo se deben considerar escalas principales las dos o tres que estén más elevadas. El resto de las escalas con una tasa base igual o superior a 75 pueden interpretarse como estilos de la personalidad, lo cual significa que el paciente, en algunos contextos y en ocasiones, probablemente muestre rasgos característicos de los trastornos correspondientes a estas escalas, además de los propios de la configuración principal. Como regla general, cuantas más escalas tengan una tasa base igual o superior a 75, más amplia será la patología de la personalidad. Si se quieren interpretar los resultados aún con más precisión, se pueden tener en cuenta tres características de la patología que permiten situar al paciente en el continuo que va desde la relativa normalidad del estilo de personalidad hasta la patología de la personalidad (Millon, 1969/1983; 2011).

La primera característica de los patrones clínicos de la personalidad es su frágil estabilidad en situaciones de estrés subjetivo. Al igual que todos los sistemas efectivos, las personalidades normales muestran integración funcional-estructural entre sus distintos aspectos. Por ejemplo, las personalidades normales adoptan una conducta que minimiza la incompatibilidad entre las necesidades del organismo y la presión del entorno, un proceso de retroalimentación negativa que mantiene la integridad de sus sistemas psíquicos. En cambio, las personalidades patológicas siguen estrategias que involuntariamente generan retroalimentación positiva, lo cual amplifica sus problemas adaptativos. Finalmente, dada la vulnerabilidad de los pacientes con problemas psicológicos a los acontecimientos que reactivan el pasado, y dada su inflexibilidad y la escasez de mecanis-

mos de afrontamiento efectivos, son más susceptibles a las nuevas dificultades y alteraciones. Enfrentados a los fracasos recurrentes, ansiosos por conflictos antiguos no resueltos que vuelven a surgir, e incapaces de buscar nuevas estrategias adaptativas, siguen estrategias patológicas de afrontamiento, controlan peor sus emociones, perciben la realidad cada vez de forma más subjetiva y distorsionada y producen síntomas clínicos.

La segunda característica que distingue los patrones patológicos es su inflexibilidad adaptativa. Los sistemas de la personalidad son sistemas abiertos en las interacciones activas con el entorno físico, familiar, social y cultural. En las personalidades normales, esto se muestra en la flexibilidad en los roles, que consiste en a veces tomar la iniciativa para modificar el entorno y a veces adaptarse a lo que el entorno ofrece, de acuerdo con la polaridad activa-pasiva de la teoría evolutiva. Los sujetos normales muestran flexibilidad en estas interacciones, de modo que sus iniciativas o reacciones son proporcionales y adecuadas a las distintas situaciones. Pero, cuando no hay proporcionalidad ni adecuación, los sujetos utilizan pocas estrategias alternativas para relacionarse con los demás, conseguir los objetivos y hacer frente al estrés, y, además, se aplican de forma rígida. A menudo son incapaces de adaptarse adecuadamente a las circunstancias de su vida y empiezan a intervenir en el entorno para evitar acontecimientos que, pese a ser neutrales objetivamente, perciben como estresantes. Por consiguiente, se reducen sus oportunidades para probar y adoptar estrategias nuevas más adaptativas, y se limitan cada vez más sus experiencias vitales.

La tercera característica diferenciadora de los patrones patológicos es la tendencia a fomentar los círculos viciosos, la cual es consecuencia de la rigidez e inflexibilidad de la personalidad patológica. Los sujetos con trastornos de la personalidad restringen tanto su entorno social que inevitablemente dan lugar a procesos de retroalimentación que perpetúan e intensifican los problemas preexistentes. La restricción protectora, la distorsión cognitiva y la sobregeneralización son ejemplos de procesos mediante los cuales los sujetos limitan sus oportunidades para realizar nuevos aprendizajes, malinterpretan los acontecimientos que son esencialmente positivos, y provocan reacciones en los demás que reactivan problemas pasados. De hecho, los patrones de la personalidad patológica son patogénicos en sí mismos: generan y perpetúan dilemas, provocan nuevos problemas y activan secuencias autodestructivas con los demás. Por lo tanto, estos patrones no solo hacen que los problemas ya existentes persistan, sino que se agraven aún más.

El MCMI-IV presenta dos niveles de gravedad patológica mediante las tasas base de 75 y 85, que permiten caracterizar el grado de funcionalidad de cada perfil de la personalidad. Por lo general, cuanto más alta es la puntuación obtenida en un patrón de la personalidad, más probabilidad hay de que el sujeto muestre estas tres características de la patología de la personalidad en mayor medida. Sin embargo, las relaciones curvilíneas entre el continuo normalidad-patología y ciertos constructos de la personalidad dificultan la interpretación estricta de estos umbrales.

Escalas Histriónico, Narcisista y Compulsivo

Estudios previos con el MCMI señalan que, en ocasiones, la elevación de las escalas 4A (Histriónico), 5 (Narcisista) y 7 (Compulsivo) pueden reflejar puntos fuertes de la personalidad en lugar de patología de la personalidad. La medida de estos constructos es problemática desde el punto de vista psicométrico por varias razones, siendo la más importante que estas personalidades destacan por su capacidad de minimizar los problemas, negar las dificultades y mostrar una imagen de sí mismos positiva; así como por su susceptibilidad a admitir sus debilidades y defectos, aunque cada una por diferentes razones. Otro aspecto problemático es que estos tres constructos, en un nivel moderado, tienden a incluir rasgos normales o incluso adaptativos; mientras que otras personalidades (como la negativista, la antisocial o la sádica) son maladaptativos incluso en niveles moderados. Los rasgos sádicos, por ejemplo, siempre tienden a ser problemáticos; en cambio, la sociabilidad, la autoestima y la prudencia (componentes prototípicos de los constructos histriónico, narcisista y compulsivo, respectivamente), en un nivel moderado se consideran beneficiosas. Por ello,

la forma de estos tres constructos es curvilínea; es decir, los niveles altos y bajos son maladaptativos, y los niveles moderados son favorables.

Cuando se evalúa la elevación de una o más de estas escalas para medir un estado sano en vez de patológico, no se puede seguir estrictamente el procedimiento descrito anteriormente (que permite caracterizar la personalidad a partir de las descripciones de los dominios). Afortunadamente, varios factores pueden apoyar o refutar la hipótesis de que una elevación en las escalas Histriónico, Narcisista o Compulsivo refleja características de la personalidad favorables. En primer lugar, cuanto más alta es la tasa base, más posible es que indique una patología de la personalidad en vez de un punto fuerte. En segundo lugar, la presencia de una patología significativa de algún síndrome clínico respalda la presencia de un trastorno de la personalidad. En tercer lugar, la presencia de una patología de la personalidad también puede medirse por el nivel de las tres escalas de la patología grave de la personalidad. Y, en cuarto y último lugar, el número de ítems inversos que conforman las escalas Histriónico, Narcisista o Compulsivo se ha reducido del 50 % en el MCMI-III al 22 % en el MCMI-IV; por lo que es menos probable que estas tres escalas muestren elevaciones si no existe ninguna patología de la personalidad.

Desarrollo de la versión estadounidense del MCMI-IV y adaptación española

Desarrollo de la versión estadounidense

Actualización de las bases teórica y empírica

La teoría sobre la que se han basado las versiones del MCMI ha experimentado cambios notables a lo largo de las décadas transcurridas desde la primera edición del instrumento, en 1977. En un inicio, el enfoque teórico se centraba en los principios conductuales del refuerzo y el condicionamiento (Millon, 1969/1983, 1981; Millon y Everly, 1985), pero actualmente se fundamenta en la teoría evolutiva (Millon, 2011; Millon y Davis, 1996). Por ello, se considera que los trastornos de la personalidad son constructos evolutivos derivados de las polaridades fundamentales a las que todos los organismos se enfrentan: la lucha por existir o sobrevivir (placer frente a dolor), el esfuerzo de adaptarse al entorno o adaptar el entorno a uno mismo (pasivo frente a activo) y la estrategia del organismo para llevar a cabo inversiones reproductivas en los familiares o descendientes frente a la inversión en su propia replicación (otros frente a uno mismo).

Estas tres polaridades fundamentales constituyen la base de una estructura más amplia: la teoría evolutiva, que trasciende cualquier escuela concreta o perspectiva tradicional sobre la personalidad. Por consiguiente, los trastornos de la personalidad ya no se consideran derivados principalmente de un único nivel de datos clínicos, es decir, dentro de uno de los cuatro enfoques tradicionales de la ciencia psicológica (conductual, fenomenológico, intrapsíquico o biofísico), sino que se manifiestan en toda la matriz de la persona y se expresan a través de varios dominios clínicos. Por ello, el MCMI-IV representa una base creciente de criterios diagnósticos y conceptos de la personalidad (p. ej., Millon, 1984, 1990, 2011), que constituye un marco más amplio que el DSM-5 y sus anteriores versiones.

En relación con las bases empíricas, se han publicado más de 700 artículos de investigación que han utilizado el MCMI como instrumento de evaluación (Archer y Smith, 2014; Craig, 2005). Esta considerable base empírica, aunque difícil de integrar en su totalidad, dio lugar a diversas mejoras importantes en la estructura del MCMI-IV.

También se han llevado a cabo, y se llevan a cabo, numerosos estudios de validación cruzada y generalización cruzada con el objetivo de evaluar y mejorar los componentes del MCMI: ítems, escalas, algoritmos y textos interpretativos (Choca, 2004; Craig, 2005; Maruish, 2004). Las investigaciones actuales aportan una base empírica para la mejora de estos componentes.

Creación de ítems

Para la versión estadounidense del MCMI-IV se crearon numerosos ítems nuevos a partir del juicio clínico del autor principal y de la revisión de distintos materiales de referencia y artículos publicados. Al igual que en las versiones anteriores del instrumento, la creación de los ítems se centró en los prototipos teóricos de los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos del MCMI-IV.

Un prototipo es el núcleo de características que refleja los rasgos más relevantes y esenciales de un determinado trastorno de la personalidad o síndrome clínico. El prototipo no es ni una categoría ni una dimensión,

sino la síntesis de ambas. Los modelos prototípicos son los esquemas preferidos para representar los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos, por dos razones fundamentales. En primer lugar, porque la mayoría de las tipologías contemporáneas no implican categorías todo o nada, ni han sido construidas como tales. En segundo lugar, porque el constructo del prototipo reconoce la heterogeneidad explícita de los pacientes con trastornos de la personalidad. Los casos prototípicos puros son sumamente raros; muchos pacientes cumplen los criterios de varios trastornos y la mayoría presentan, al menos, rasgos subclínicos de otros estilos de la personalidad. Los constructos prototípicos no presuponen puntos de corte específicos (Cantor y Genero, 1986) y tienen la ventaja de estar ya implícitos en el sistema diagnóstico. Horowitz, Post, French, Wallis y Siegelman (1981) describen el constructo:

Un prototipo está formado por las características o propiedades más comunes que presentan los miembros de una categoría y, por tanto, describe un ideal o estándar teórico con el que se puede evaluar a las personas reales. Se supone que todas las propiedades del prototipo caracterizan al menos a algunos miembros de la categoría, pero ninguna propiedad es necesaria o suficiente para ser miembro de la categoría. Por tanto, es posible que ninguna persona real encaje perfectamente con el prototipo teórico, sino que varias personas se parezcan al prototipo en diferente medida. Cuanto más se parezca una persona al ideal, más representativa es del concepto. (p. 575)

Como señalan Horowitz et al., el parecido de un sujeto con el prototipo es necesariamente cualitativo y cuantitativo. Por tanto, dada la naturaleza heurística de este enfoque, las preguntas que se plantean son cómo y en qué medida el sujeto se parece al prototipo. Dado que los pacientes probablemente se parezcan a más de un ideal teórico, es aconsejable que el profesional utilice los prototipos de forma constructiva para superar la perspectiva terapéutica de «un trastorno, una causa».

Con este enfoque prototípico se crearon nuevos ítems para cada escala del MCMI-IV a fin de mejorar la exhaustividad de cada constructo y conservar o mejorar sus propiedades psicométricas. Asimismo se crearon ítems para conformar la escala Tempestuoso, incorporada en esta edición; y se crearon otros ítems para incrementar y ampliar la utilidad de la sección «Respuestas significativas» del informe de interpretación. El conjunto de ítems resultante fue revisado por investigadores asociados que colaboraban en el proyecto de revisión del inventario. Tras aplicar sus sugerencias e indicaciones, se obtuvo una versión inicial, compuesta por 245 ítems, que sirvió como punto de partida del estudio piloto. Esta versión del inventario se aplicó a 449 sujetos, clínicos y no clínicos, con el fin de garantizar que la formulación de los ítems era suficientemente clara, y para analizar algunas de sus propiedades psicométricas básicas (p. ej., frecuencia de la distribución de las respuestas y contribución a la fiabilidad de la escala).

Fases experimental y de tipificación

Tras la fase de creación de ítems, se revisaron de nuevo todos los ítems y se preparó la versión que posteriormente se utilizaría en la fase experimental con población clínica. De los 245 ítems nuevos, se seleccionaron 106, que se incorporaron a los 175 ítems del MCMI-III. De este modo se obtuvo la versión experimental, formada por 281 ítems, que se aplicó a 235 sujetos clínicos.

Tras analizar los resultados de la fase experimental y antes de iniciar la fase de tipificación del MCMI-IV, se sustituyeron unos 50 ítems que resultaban redundantes o poco discriminantes, con el objetivo de mejorar los constructos de los prototipos de los patrones de la personalidad y de los síndromes clínicos.

Para la aplicación de la versión de tipificación, se contó con la participación de profesionales que habitualmente utilizaban el MCMI-III. En la versión de tipificación figuraban primero los 175 ítems procedentes del MCMI-III y, a continuación, los 106 ítems nuevos seleccionados. Esta versión se aplicó a través de la plataforma *online* a una muestra de 1884 casos. Tras aplicar los criterios de exclusión, se obtuvo una mues-

tra de tipificación de 1547 casos. Esta muestra pertenecía a las distintas regiones de Estados Unidos y era representativa de la población que recibe o busca atención psicológica. Los datos recogidos de esta muestra permitieron seleccionar los ítems que formarían parte de la versión definitiva y a partir de los cuáles se elaboró el baremo estadounidense.

Selección de los ítems definitivos y desarrollo de las escalas

La selección de los ítems y la definición de las escalas que conforman el MCMI-IV se llevó a cabo a partir de los datos obtenidos durante la fase de tipificación. El primer objetivo del análisis para la selección de los ítems fue garantizar la fiabilidad, distintividad e interpretabilidad de cada escala. Para alcanzar este objetivo, cada ítem debía cumplir los siguientes criterios: representar el constructo de las escalas a las que contribuye, correlacionar en mayor medida con la escala que le es propia, y correlacionar con otras escalas en la medida prevista. Para garantizar que los ítems del MCMI-IV cumplieran estos criterios, se analizaron distintos aspectos.

En primer lugar, se examinó la frecuencia de respuestas afirmativas de cada ítem para verificar que se situaba dentro del rango aceptable dado su contenido y su relevancia clínica. Los ítems con una frecuencia de respuestas afirmativas inesperadamente baja o alta se eliminaron. Los ítems restantes se asignaron a las escalas en función de su contenido. Estos ítems prototípicos conformaron las escalas preliminares del MCMI-IV y se les asignó un peso de 2 puntos para el cálculo de la puntuación de las escalas.

En segundo lugar, se analizaron los ítems de cada escala prototípica, evaluando las correlaciones entre cada ítem identificado como prototípico para el constructo en cuestión y la escala correspondiente (correlación ítem-escala) mediante series de análisis con el coeficiente alfa de Cronbach. En general, los ítems con correlaciones más altas se conservaron para análisis posteriores. Asimismo se prestó especial atención a los ítems con una contribución única a la utilidad clínica, así como a su adecuación a la teoría evolutiva de la personalidad de Millon.

Los ítems conservados se sometieron a un análisis de estructuras de covarianzas (también denominado *análisis factorial confirmatorio*) con el programa Amos™ 6.0 (Arbuckle, 2006). Este análisis es de gran utilidad para el desarrollo de las escalas porque:

- permite realizar observaciones teóricas que orientan, pero no determinan, la estructura de la escala;
- se basa en un modelo relativamente simple que indica cómo las dimensiones subyacentes influyen en las puntuaciones de los ítems; y
- ofrece información acerca de los ítems que están excesivamente influenciados por dimensiones distintas a las medidas por la escala de los ítems (Hoyle, 1991).

Como resultado de este análisis, se descartaron algunos ítems porque se obtuvieron índices de modificación altos que indicaban una excesiva coincidencia con otra dimensión de la personalidad, o cargas factoriales bajas en la dimensión propia de los ítems. Así, finalmente, se estableció el conjunto de ítems prototípicos de las escalas de los patrones de la personalidad y de los síndromes clínicos del MCMI-IV. Cada uno de estos ítems cumplía la condición de ser prototípico de una única escala, y a cada uno se le asignó un peso de 2 puntos.

Seguidamente, para cada escala se valoraron los ítems secundarios, o no prototípicos, a los que se asignó un peso de 1 punto. Para ello se siguió un proceso iterativo en el que, cuando se añadía o se eliminaba algún ítem de una escala en función de su relevancia estadística o teórica, se recalculaban y evaluaban simultáneamente tanto la consistencia interna como las correlaciones entre cada ítem y la escala correspondiente. Este proceso iterativo concluyó cuando la amplitud del contenido del constructo medido por cada escala se consideró aceptable, tanto desde el punto de vista teórico como psicométrico; de ello resultó el conjunto de 195 ítems que conforman la versión estadounidense del MCMI-IV.

Desarrollo de las facetas de Grossman

Las facetas de Grossman del MCMI-IV aportan información más precisa que las escalas de la personalidad y permiten obtener una visión más molecular y diferenciada del diagnóstico principal, en la que se destacan los rasgos más relevantes de forma más discriminante que con etiquetas categóricas amplias. Al analizar las elevaciones de las puntuaciones de las facetas correspondientes a las escalas de la personalidad principales, se obtiene una imagen clínica más contextual y, por consiguiente, mayor especificidad interpretativa y utilidad terapéutica.

Cada escala de los patrones clínicos de la personalidad (1-8B) y cada escala de la patología grave de la personalidad (S, C y P) está caracterizada por tres facetas de los patrones de la personalidad principales (extraídas de los dominios funcionales y estructurales que se describen en el capítulo 3). Por tanto, se ofrece un total de 45 facetas asociadas a las 15 escalas de la personalidad. Las facetas de Grossman se desarrollaron con el objetivo de maximizar la utilidad terapéutica de las puntuaciones del MCMI-IV y consolidar la teoría evolutiva en la que se fundamentan las escalas del MCMI-IV (Millon, 2011; Millon y Davis, 1997; Millon y Grossman, 2007a; Millon y Grossman, 2012).

El conjunto de ítems del MCMI-IV se corresponde con la teoría y refleja valoraciones sobre la relevancia de los dominios funcionales y estructurales para los patrones de la personalidad. Con el fin de desarrollar las facetas de Grossman, primero se formularon predicciones sobre qué dominios de los ítems de cada escala principal de la personalidad probablemente se corresponderían con los dominios de la teoría. Para algunas escalas, los dominios secundarios estuvieron mejor representados de lo previsto en la composición de los ítems de la escala correspondiente. No obstante, inicialmente se seleccionaron, para cada patrón de la personalidad, los tres dominios que se consideró que se adecuaban mejor a la teoría, teniendo en cuenta la composición de los ítems de cada escala.

Después se llevó a cabo un proceso de análisis factorial, similar al seguido con el resto de las escalas del MCMI-IV, para corroborar las predicciones sobre los dominios y tomar decisiones respecto a los ítems. Con los ítems asignados inicialmente a las facetas se realizó un análisis de la estructura de las covarianzas, que permitió evaluar la adecuación general de los ítems a las facetas. Tras este análisis se cambió la asignación de algunos ítems porque se obtuvieron índices de modificación altos. Asimismo, a los ítems asignados a cada faceta se añadieron ítems de escalas del instrumento relacionadas con el patrón de la personalidad correspondiente. Consecuentemente, se amplió el rango de las puntuaciones de algunas facetas, que era muy reducido, y así las escalas se estabilizaron; además, se extendió la cobertura de algunos de los constructos teóricos. Cabe destacar que, a diferencia de las escalas principales del MCMI-IV, los ítems no se ponderan para la puntuación de las facetas dado que estas son constructos más unidimensionales y no mantienen la estructura prototípica.

Índices de validez

El MCMI-IV incluye indicadores de respuestas aleatorias (escalas V y W) e índices modificadores (escalas X, Y y Z) creados para medir la veracidad de las respuestas a los ítems. En el capítulo 4 se ofrece información sobre la interpretación de estas escalas.

Indicadores de respuestas aleatorias (escalas V y W)

Cuando los pacientes dan respuestas que no guardan relación con el contenido de los ítems, generalmente lo hacen de forma aleatoria, y es probable que afecte a algunos ítems y no a todos. Con mucha frecuencia, este patrón de respuestas indica dificultad en la comprensión de los ítems, ya sea debido a problemas de lectura o limitaciones lingüísticas. Otras causas para las respuestas aleatorias pueden ser la dificultad para mantener la atención, el deterioro cognitivo, el descuido o la fatiga.

El índice de Invalidez (escala V) está formado por tres ítems a los que es sumamente improbable que se dé una respuesta afirmativa: «El año pasado aparecí en la portada de varias revistas», «No he visto un coche en

los últimos diez años» y «En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces». Si el paciente responde afirmativamente a estos ítems, es muy probable que la respuesta sea falsa e indique que no se ha tenido en cuenta el contenido de los ítems.

El índice de Inconsistencia (escala W) refleja los casos en que el paciente ha dado respuestas distintas a ítems que, en principio, deberían tener la misma respuesta. Se calcula sumando los valores absolutos de las diferencias entre las puntuaciones de cada par de ítems que conforman el índice. Conceptualmente, este índice permite verificar la fiabilidad del perfil del paciente, del mismo modo que el coeficiente alfa y los estadísticos de consistencia interna estiman la fiabilidad en la muestra de tipificación. Por ello, si el paciente obtiene una puntuación alta en el índice de Inconsistencia, porque no responde del mismo modo a ítems con correlaciones altas y contenido similar, la reproducibilidad y fiabilidad de sus respuestas son sospechosas.

Para crear este índice, se elaboró una matriz de correlaciones de los ítems del MCMI-IV basada en los datos obtenidos en la fase de tipificación estadounidense, que permitió identificar los 25 pares de ítems con las correlaciones más altas. Si un ítem se consideraba miembro de un par de ítems, se excluía como posible miembro de otro par de ítems para que, de este modo, todos los ítems contribuyeran en la misma medida al índice.

El índice de Inconsistencia puede considerarse una medida de la aleatoriedad de las respuestas dado que su validez se puede demostrar mediante la precisión con la que identifica las respuestas dadas aleatoriamente. Para ello se generó, de forma aleatoria, un conjunto de respuestas que se correspondía con las distribuciones de la frecuencia de los ítems en la muestra de tipificación del MCMI-IV, lo que produjo una serie de datos que permitirían analizar en qué medida el índice de Inconsistencia identificaba adecuadamente dichas respuestas aleatorias. Las puntuaciones de los pares de ítems de dichos datos generados aleatoriamente concordaban solo en función de las distribuciones de las respuestas correspondientes. Para analizar los datos aleatorios, se establecieron los puntos de corte que identificaban aproximadamente el 5 % de los casos de la muestra de tipificación. Las categorías «Cuestionable» e «Inválido», usadas para clasificar las respuestas, permitieron identificar el 63 % de los casos aleatorios. Todo ello demostró la efectividad de la escala Inconsistencia en la determinación de las respuestas aleatorias.

En la tabla 5.1 se presentan los puntos de corte y las categorías —«Aceptable», «Cuestionable» e «Inválida»— usadas para clasificar las respuestas del paciente en las escalas V y W. Si la puntuación de la escala V o de la escala W es igual o superior al punto de corte correspondiente a la categoría «Inválida» (2 o superior para la escala V y 20 o superior para la escala W), el protocolo se considera inválido. Si el protocolo no es inválido, pero la puntuación de la escala V o de la escala W es igual al punto de corte correspondiente a la categoría «Cuestionable» (1 para la escala V y de 9 a 19 para la escala W), el protocolo se considera cuestionable. Si la puntuación de ambas escalas es inferior a los puntos de corte correspondientes (0 para la escala V y 8 o inferior para la escala W), el protocolo se considera aceptable, sin respuestas aleatorias.

Tabla 5.1. Clasificación de las respuestas en función de la puntuación directa de las escalas V y W

Clasificación	Escala V	Escala W
	Invalidéz	Inconsistencia
Aceptable	0	0-8
Cuestionable	1	9-19
Inválido	2-3	20-25

Índices modificadores (escalas X, Y y Z)

El índice de Sinceridad (escala X) se diseñó para medir si el paciente ha sido inusualmente franco y abierto o reservado y hermético al responder a los ítems del MCMI-IV. Este índice se obtiene sumando el número de respuestas dadas por el paciente que indican su aceptación del síntoma reflejado por cada uno de los 121 ítems que conforman las escalas de los patrones de la personalidad (1-8B).

Si la puntuación directa del paciente en el índice de Sinceridad es muy baja (inferior a 21), probablemente se deba a que ha minimizado los síntomas y a que tiende a ser reservado. Por el contrario, si la puntuación directa es muy alta (superior a 60), probablemente el paciente ha exagerado o maximizado sus síntomas de algún modo. En la tabla 5.2 se presentan las categorías usadas para clasificar el estilo de respuestas del paciente en función del índice de Sinceridad. Aproximadamente el 10 % de los casos de la muestra de tipificación estadounidense se clasificaron como «Posible minimización de los síntomas», mientras que aproximadamente el 15 % se clasificaron como «Posible exageración de los síntomas».

Tabla 5.2. Clasificación del estilo de respuestas en función de la puntuación directa del índice de Sinceridad

Clasificación	Escala X
	Sinceridad
Inválido	0-6
Posible minimización de los síntomas	7-20
Aceptable	21-60
Posible exageración de los síntomas	61-114
Inválido	115-121

Al igual que el índice de Sinceridad, los índices de Deseabilidad (escala Y) y de Devaluación (escala Z) se diseñaron para medir la minimización o exageración de la sintomatología. La escala Y mide la tendencia del paciente a mostrarse moralmente admirable, socialmente agradable, emocionalmente equilibrado, sociable y muy respetuoso con las convenciones sociales. Si la tasa base es igual o superior a 75, indica la tendencia del paciente a describirse de forma positiva; mientras que las puntuaciones progresivamente más altas sugieren que el paciente se esfuerza por no mostrar en sus respuestas ningún tipo de psicopatología o de problemas interpersonales. La escala Z, por su parte, refleja hasta qué punto el paciente se describe en términos extremadamente negativos o patológicos. Si la tasa base es igual o superior a 75, puede indicar la petición de ayuda del paciente que experimenta un intenso malestar psicológico; mientras que las puntuaciones progresivamente más altas sugieren que el paciente se está autodenigrando.

Para desarrollar estas escalas, se siguió el mismo enfoque racional de las anteriores versiones del MCMI. En primer lugar, se evaluaron los 195 ítems de la versión estadounidense del MCMI-IV para determinar si la disposición que reflejaba cada uno, por separado, era extremadamente positiva, extremadamente negativa o ni extremadamente positiva ni extremadamente negativa. A continuación, los ítems que reflejaban una disposición extremadamente positiva y los que reflejaban una disposición extremadamente negativa se ordenaron según la escala a la pertenecían. Finalmente, de entre todas las escalas, se seleccionaron 24 ítems de contenido autoenaltecedor para el índice de Deseabilidad y 30 ítems de contenido autodenigrante para el índice de Devaluación. Cabe destacar que las escalas Y y Z no tienen ítems exclusivos ni prototípicos; por tanto, los ítems que las conforman también puntúan al menos en otra escala. Dado que no es habitual que el paciente presente muchos síntomas en muchas escalas, se consideró que el enfoque seguido en el desarrollo de estas escalas era el más lógico para dilucidar si el paciente quiere dar una imagen sumamente positiva o sumamente negativa de sí mismo.

Adaptación española del MCMI-IV

La adaptación española del MCMI-IV se inició en mayo del 2016. El objetivo de esta adaptación ha sido proporcionar a los profesionales españoles una herramienta adaptada a sus necesidades prácticas y clínicas, y unos baremos representativos de la población española.

A lo largo de estos meses no se ha realizado una simple traducción, sino una adaptación completa del inventario, con el fin de encontrar las equivalencias entre las culturas que permitan adaptar la herramienta conservando su esencia. La rigurosidad técnica y psicométrica seguida durante el proceso de adaptación del MCMI-IV permite asegurar la fiabilidad y validez de los inventarios en la cultura española.

En este apartado se describe el proceso de traducción y adaptación de los ítems, los procedimientos empleados durante las fases piloto, experimental y de tipificación, así como las características de la muestra de tipificación y sus características. También se exponen los métodos adoptados para la creación de los baremos de la muestra española.

Traducción y adaptación de los ítems

Para la traducción y adaptación de los ítems del inglés al español, el equipo de I+D contó con la colaboración de una experta traductora y filóloga y cuatro reconocidos expertos en el MCMI-III (véase el anexo E, en el que figura el equipo de expertos).

En primer lugar, se tradujeron al castellano todos los ítems de la versión estadounidense, teniendo en cuenta que el nivel de lectura requerido para su comprensión fuese lo más bajo posible.

En segundo lugar, se reunió al equipo de expertos para analizar en detalle los ítems traducidos, con el objetivo de llegar a un consenso para encontrar la idoneidad del contenido de cada ítem y la adecuación a la cultura y a la lengua española. También se analizó la adecuación de las instrucciones y se reformularon dos ítems que podían resultar problemáticos. Como resultado de la reunión con el equipo de expertos se obtuvo una versión de 197 ítems, que incluía dos ítems con una doble formulación.

Fase piloto

En septiembre del 2016 se realizó un estudio piloto con una muestra formada por un total de 13 sujetos, con el objetivo de determinar si podían responder los ítems sin dificultad.

Tras este estudio se reformularon ligeramente algunos ítems para facilitar su comprensión y mantener el nivel de lectura lo más bajo posible. Los resultados de la fase piloto también indicaron la conveniencia de mantener la doble formulación de los dos ítems propuestos en la reunión con el equipo de expertos y añadir la doble formulación para otro de los ítems, con el fin de seleccionar, después de la fase experimental, los ítems con mejores propiedades psicométricas y un mayor poder discriminativo. La versión que se obtuvo tras la fase piloto incluía dos formulaciones distintas para tres ítems y contaba con un total de 198 ítems.

Fase experimental

Aplicación de la versión experimental

Para la aplicación de la versión experimental del MCMI-IV se contó con psiquiatras y psicólogos que tenían amplia experiencia en el uso del MCMI-III y que procedían de distintas zonas geográficas de España.

Pearson Clinical & Talent Assessment proporcionó a los examinadores todo el material necesario para la aplicación de la versión experimental. El material experimental incluía el manual, donde se especificaban los procedimientos que se debían seguir para la selección de los pacientes, la cumplimentación del cuestionario para el clínico y la aplicación del inventario; el documento de consentimiento informado, donde los pacientes manifestaban su consentimiento para participar en el estudio; el cuestionario para el clínico, en el que los profesionales registraban la información de la historia clínica del paciente y valoraban el nivel de

disfunción del paciente en relación con cada uno de los patrones de personalidad y los síndromes clínicos incluidos en el MCMI-IV; y el cuadernillo de respuestas, que contenía los ítems del inventario y en el que los pacientes registraban sus datos sociodemográficos y sus respuestas.

Se pidió a los examinadores que aplicaran el inventario siguiendo, de manera estricta, las reglas y los procedimientos descritos en el manual y que, durante cada aplicación, anotasen las observaciones y comentarios que considerasen importantes, así como los problemas de comprensión que surgieran durante la evaluación.

Muestra experimental

La recogida de datos de la fase experimental se inició en octubre del 2016 y concluyó en diciembre del 2016. Se recogieron datos de una muestra de 111 pacientes de entre 18 y 73 años. En el anexo F figuran los criterios de inclusión de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 52 hombres (46.8 %) y 59 mujeres (53.2 %). La distribución por grupo de edad de la muestra fue la siguiente: 18:0-25:11 ($n = 40$), 26:0-49:11 ($n = 38$) y 50:0-80:11 ($n = 33$). El nivel educativo de los pacientes se agrupó en cinco categorías: estudios primarios sin completar (sin estudios, 1.8 %), estudios primarios (7.3 %), estudios secundarios (10.0 %) bachillerato superior o formación profesional (44.5 %) o estudios universitarios (36.4 %) completados.

Análisis de los datos de la fase experimental

Los datos recogidos a partir de la muestra de la fase experimental fueron sometidos a análisis estadísticos para evaluar sus cualidades psicométricas. También se realizó un análisis cualitativo de las preguntas y de los comentarios que los pacientes habían realizado acerca de los ítems, así como de los problemas de comprensión que los examinadores habían anotado durante la aplicación de cada protocolo.

Entre los tres ítems con doble formulación se seleccionó la versión del ítem con mejores cualidades psicométricas y cuyo nivel de lectura requerido para su comprensión era más bajo.

Como resultado de los análisis de fiabilidad de la versión depurada de 195 ítems, se identificaron nueve ítems que presentaban una menor fiabilidad. Estos ítems fueron reformulados y se incluyeron en la versión de tipificación. De este modo, la versión que se obtuvo tras la fase experimental incluía dos formulaciones distintas para nueve ítems y contaba con un total de 204 ítems.

Fase de tipificación

Aplicación de la versión de tipificación

Para la aplicación de la versión de tipificación del MCMI-IV se contó con psiquiatras y psicólogos que tenían amplia experiencia en el uso del MCMI-III y que procedían de distintas zonas geográficas de España.

Pearson Clinical & Talent Assessment proporcionó a los examinadores todo el material necesario para la aplicación de la versión de tipificación. El material de tipificación incluía el manual, donde se especificaban los procedimientos que se debían seguir para la selección de los pacientes de las muestras de tipificación y de los estudios de estabilidad temporal y de validez, y para la cumplimentación del cuestionario para el clínico y la aplicación del inventario; el documento de consentimiento informado, donde los pacientes manifestaban su consentimiento para participar en el estudio; el cuestionario para el clínico (véase anexo G), en el que los profesionales registraban la información de la historia clínica del paciente y valoraban el nivel de disfunción del paciente en relación con cada uno de los patrones de personalidad y los síndromes clínicos incluidos en el MCMI-IV; y el cuadernillo de respuestas, que contenía los ítems del inventario y en el que los pacientes registraban sus datos sociodemográficos y sus respuestas.

Se pidió a los examinadores que aplicaran el inventario siguiendo, de manera estricta, las reglas y los procedimientos descritos en el manual y que, durante cada aplicación, anotasen las observaciones y comentarios que considerasen importantes, así como los problemas de comprensión que surgieran durante la evaluación.

Muestra de tipificación

La recogida de datos de la fase de tipificación se inició en marzo del 2017 y concluyó en octubre del 2017, y se recogieron datos de una muestra de 942 pacientes de entre 18 y 80 años.

La muestra de tipificación se diseñó de modo que la población que busca o recibe tratamiento psicológico estuviese ampliamente representada. Para el diseño de la muestra de tipificación se contó con la colaboración de dos expertos epidemiólogos (véase el anexo E, en el que figura el equipo de expertos). Con este objetivo, se evaluó a pacientes que pertenecían a diversos ámbitos de atención psicológica y con distintas situaciones clínicas en el momento de la evaluación; y se establecieron métodos de selección aleatoria para asegurar la representatividad de la muestra.

Se siguieron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los utilizados para la muestra experimental (véase el anexo F, en el que figuran los criterios de inclusión), y se excluyeron de la muestra los protocolos que, una vez corregidos, cumpliesen alguno de los siguientes criterios:

- la puntuación directa de la escala V (Invalidez) era superior a 1;
- la puntuación directa de la escala W (Inconsistencia) era superior a 19;
- la puntuación directa de la escala X (Sinceridad) era inferior a 7 o superior a 114;
- en una escala (con la configuración definitiva de las escalas) había 5 o más ítems sin respuesta o con doble marca; o
- en el total de las escalas había 14 o más ítems sin respuesta o con doble marca.

En el diseño de la muestra se puso una atención especial en que participaran pacientes pertenecientes a todas las comunidades autónomas de España, objetivo que se consiguió ampliamente; casi todas las comunidades españolas están representadas en la muestra de tipificación. La figura 5.1 refleja la distribución de los profesionales que recogieron los datos de la muestra y, por tanto, las zonas de procedencia de los pacientes.

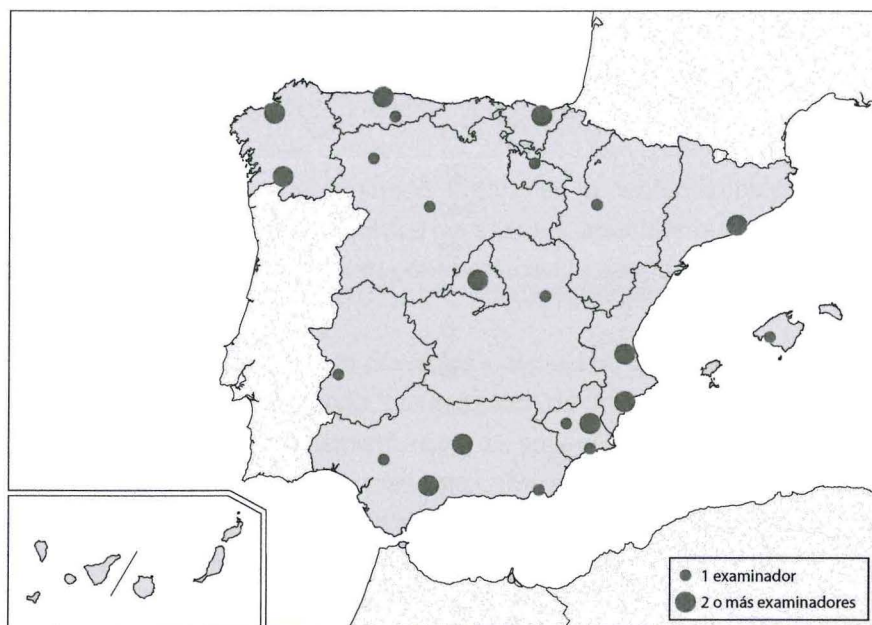


Figura 5.1. Distribución de los examinadores

En la tabla 5.3 se presentan los datos demográficos de los 889 pacientes en los que se basan los baremos españoles del MCMI-IV, después de aplicar los criterios de exclusión descritos en este apartado. Como puede verse en la tabla, la muestra está compuesta por una mayor proporción de mujeres que de hombres y de pacientes con edades comprendidas entre los 26 y 49 años. Esta distribución de la muestra coincide con los datos epidemiológicos oficiales de los pacientes atendidos por los servicios ambulatorios de salud mental de adultos (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015). Todas las categorías de las variables nivel

educativo, zona geográfica y estado civil están representadas. La mayor proporción de pacientes de la muestra pertenecen a la categoría de pacientes ambulatorios sin hospitalización previa.

Paralelamente al proyecto de tipificación, se recopilaron datos para los estudios de estabilidad temporal y de validez. Las características de estas muestras y los resultados de estos estudios pueden consultarse en el capítulo 6 de este manual.

Tabla 5.3. Datos demográficos de la muestra de tipificación española

	<i>N</i>	%
Muestra total	889	100.0
Sexo		
Hombres	364	40.9
Mujeres	525	59.1
Grupo de edad		
18-25	186	20.9
26-49	486	54.7
50-80	216	24.3
Sin identificar	1	0.1
Situación actual		
Paciente ambulatorio sin hospitalización previa	550	61.9
Paciente ambulatorio con hospitalización previa	184	20.7
Paciente ingresado en hospital psiquiátrico	74	8.3
Paciente ingresado en hospital general	13	1.5
Paciente en centro penitenciario	12	1.3
Paciente en clínica universitaria	50	5.6
Otra	5	0.6
Sin identificar	1	0.1
Zona geográfica		
Norte	233	26.2
Sur	228	25.6
Este	240	27.0
Centro	188	21.1
Nivel educativo		
Sin estudios	33	3.7
Educación primaria	138	15.5
Educación secundaria	130	14.6
Bachillerato superior o formación profesional	329	37.0
Diplomatura, licenciatura o titulaciones superiores	255	28.7
Sin identificar	4	0.4
Estado civil		
Soltero	477	53.7
Casado	186	20.9
Casado más de una vez	9	1.0
Separado	19	2.1
Divorciado	99	11.1
Viudo	19	2.1
Viviendo en pareja (sin estar casado)	62	7.0
Otro	14	1.6
Sin identificar	4	0.4

Composición final de la escala

Los datos recogidos a partir de la muestra de la fase de tipificación fueron sometidos a análisis estadísticos para evaluar sus cualidades psicométricas. También se llevó a cabo un análisis cualitativo de las preguntas y comentarios que los pacientes habían realizado acerca de los ítems, así como de los problemas de comprensión que los examinadores habían anotado durante la aplicación de cada protocolo.

Entre los ítems con doble formulación se seleccionó la versión del ítem con mejores cualidades psicométricas y cuyo nivel de lectura requerido para su comprensión era más bajo. De este modo, la versión final incluyó un total de 195 ítems, que conforman la adaptación española del MCMI-IV (la lista de ítems definitivos figura en el anexo A). Para todas las escalas de validez, de los patrones de la personalidad, de los síndromes clínicos y de las facetas de Grossman, se mantuvo la composición propuesta en la versión estadounidense. La composición de todas las escalas puede consultarse en el anexo B.

Creación de los baremos

Puntuaciones directas

Para la elaboración de los baremos, se llevó a cabo una estimación de la puntuación de los ítems sin respuesta o con doble marca. Si en una escala había de 1 a 4 ítems sin respuesta o con doble marca, a estos ítems se les asignaron las respuestas típicas dadas por la muestra de tipificación. Seguidamente se calcularon las puntuaciones directas de las escalas. Este procedimiento se llevó a cabo para que la estimación de la puntuación fuera más precisa; de lo contrario, las puntuaciones de las escalas reflejarían menos síntomas de los que realmente presenta el paciente.

Tasas base

Para resumir los resultados de los tests, pueden utilizarse distintos tipos de puntuaciones. Por ejemplo, una de las puntuaciones estandarizadas usadas frecuentemente en inventarios de la personalidad es la puntuación *T* (media = 50 y desviación típica = 10). En el MCMI-IV, al igual que las ediciones anteriores, se utilizan las tasas bases (TB). A diferencia de las puntuaciones *T*, que se basan en una escala que indica cuán alejada se encuentra la puntuación del sujeto respecto a la media, las tasas base se basan en la prevalencia de la característica que se mide. Las tasas bases del MCMI-IV se han diseñado para que los puntos de corte de 75 y 85 reflejen la prevalencia de un determinado atributo en la población psiquiátrica. Los valores de 75 y 85 pueden interpretarse de forma similar en todas las escalas, mientras que las tasas de prevalencia en la población pueden ser distintas. Esta flexibilidad contrasta con la distribución de la frecuencia típica propia de las puntuaciones *T*.

Las tasas base representan, en un continuo, la gravedad y el nivel de generalización de un atributo psicológico que puede ser medido en cualquier persona. La utilización de un continuo supone considerar que la diferencia entre un trastorno clínico y el funcionamiento normal, especialmente en las escalas de la personalidad, es más un nivel que un tipo, y que este nivel se presenta como gradaciones de la inflexibilidad adaptativa y la estabilidad frágil cada vez más problemáticas en situaciones de estrés (Millon, 2011). En una situación ideal, los perfiles de las escalas de la personalidad, transformados para que reflejen la frecuencia y la prevalencia absolutas de los trastornos en la población, deberían equipararse no solo en términos de la cantidad del atributo medido sino también de las implicaciones de dicha cantidad en el funcionamiento psicológico. Las tasas bases representan la forma más directa de conocer primero los aspectos explícitos de interés clínico.

No obstante, existen distintos factores que limitan las posibilidades en este sentido, entre los cuales destaca el hecho de que los componentes de los trastornos de la personalidad se superponen y correlacionan intrínsecamente. Asimismo, muchos pacientes pueden ser diagnosticados de dos, tres o incluso más trastornos de la personalidad con síndromes clínicos graves concurrentes. Por consiguiente, para establecer un diagnóstico, se debe tener en cuenta no solo la magnitud de la elevación de las escalas de la personalidad, sino también la magnitud relativa de la elevación de cada escala dentro del perfil. Si la patología de la perso-

nalidad que presenta el paciente es muy generalizada, es probable que no se pueda categorizar fácilmente en un único patrón de personalidad. Consecuentemente, el perfil del paciente mostrará elevaciones en varias escalas superiores a las tasas base de 75 y 85, que reflejarán distintos trastornos. Obviamente, no todas estas elevaciones tienen la misma validez diagnóstica. El profesional, valiéndose de su juicio clínico, imprescindible en toda evaluación, debe diferenciar las elevaciones más prominentes y clínicamente significativas de las menos relevantes. En el capítulo 4 se expone con detalle el proceso de interpretación del MCMI-IV.

Conversión de las puntuaciones directas de las escalas de los patrones de la personalidad y las de los síndromes clínicos a tasas base

El procedimiento seguido para elaborar las conversiones de las puntuaciones directas a tasas base consistió en vincular la distribución de las frecuencias de las escalas del MCMI-IV con las prevalencias estimadas de las características medidas por dichas escalas.

La estimación de las prevalencias se obtuvo a partir de las valoraciones de 942 pacientes. Estas valoraciones las llevaron a cabo diversos profesionales que cumplimentaron el cuestionario para el clínico sobre cada uno de los pacientes que participaron en la adaptación española del MCMI-IV. En este cuestionario, los profesionales indicaron, para cada patrón de la personalidad y cada síndrome clínico, el nivel de disfunción del paciente según la clasificación siguiente:

- **Ninguno:** el sujeto no presenta ningún rasgo o síntoma indicativo de un problema en esta área.
- **Leve:** el sujeto presenta algunos rasgos o síntomas de un problema subyacente sin alcanzar un nivel clínico de disfunción.
- **Moderado:** el sujeto presenta bastantes rasgos o síntomas de un problema subyacente que posiblemente afecta a sus hábitos y actividades cotidianas.
- **Grave:** el sujeto presenta muchos rasgos o síntomas de un problema subyacente que posiblemente justificarían el diagnóstico formal de un trastorno clínico.
- **Diagnóstico DSM o CIE:** el sujeto presenta muchos rasgos o síntomas de un problema subyacente y ha sido diagnosticado formalmente mediante sistemas DSM o CIE (no aplicable a trastornos no incluidos en dichos sistemas).

En cuanto a las escalas de los patrones de la personalidad (1-P), el porcentaje de la muestra que fue clasificado con un diagnóstico del DSM-5 o CIE-10 (cuando procedía) o con una disfuncionalidad moderada o grave en un patrón sirvió como la estimación inicial de la tasa base de ese patrón como *tipo de personalidad*; y el porcentaje de la muestra que fue clasificado con un diagnóstico del DSM-5 o CIE-10 o con una disfuncionalidad grave en un patrón sirvió como la estimación inicial de la tasa base de ese patrón como *trastorno de la personalidad* en la población. En cuanto a las escalas de los síndromes clínicos (A-PP), el porcentaje de la muestra que fue clasificado con un diagnóstico del DSM-5 o CIE-10 o con una disfuncionalidad moderada o grave en un síndrome sirvió como la estimación inicial de la tasa base que indica que ese síndrome está *presente* en la población; y el porcentaje de la muestra que fue clasificado con un diagnóstico del DSM-5 o CIE-10 o con una disfuncionalidad grave en un síndrome sirvió como la estimación inicial de la tasa base que indica que ese síndrome es *prominente* en la población. En la tabla 5.4 se presentan las tasas bases estimadas iniciales para las escalas de los patrones de la personalidad y las de los síndromes clínicos. Posteriormente, estas estimaciones se ajustaron teniendo en cuenta los datos epidemiológicos sobre la prevalencia de estas características (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015), con el fin de llegar a las prevalencias finales.

Tabla 5.4. Porcentajes de la gravedad de los trastornos clínicos según la clasificación de los profesionales

Categoría valorada		Moderado, grave o diagnóstico DSM o CIE	Grave o diagnóstico DSM o CIE
		%	%
Patrones clínicos de la personalidad			
1	Esquizoide	21.6	8.2
2A	Evitativo	45.4	20.6
2B	Melancólico	40.5	15.3
3	Dependiente	38.3	15.8
4A	Histriónico	20.2	8.5
4B	Tempestuoso	9.9	3.6
5	Narcisista	13.0	4.7
6A	Antisocial	10.0	3.8
6B	Sádico	7.0	2.4
7	Compulsivo	31.6	14.2
8A	Negativista	22.2	6.4
8B	Masoquista	13.9	5.2
Patología grave de la personalidad			
S	Esquizotípico	15.0	6.6
C	Límite	21.5	13.2
P	Paranoide	24.4	9.9
Síndromes clínicos			
A	Ansiedad generalizada	42.8	17.9
H	Síntomas somáticos	23.0	8.8
N	Espectro bipolar	9.8	6.1
D	Depresión persistente	36.0	20.8
B	Consumo de alcohol	15.2	9.2
T	Consumo de drogas	13.9	8.9
R	Estrés postraumático	15.0	7.2
Síndromes clínicos graves			
SS	Espectro esquizofrénico	14.9	12.6
CC	Depresión mayor	25.3	13.1
PP	Delirante	10.4	5.1

Para determinar las conversiones de las puntuaciones directas a tasas bases, se vincularon las prevalencias finales con la distribución de las puntuaciones directas de las escalas de los patrones de la personalidad en la muestra de tipificación. En primer lugar, se seleccionaron las puntuaciones directas iniciales correspondientes a los puntos de anclaje de las tasas base de 75 y 85. Para cada patrón de personalidad, a la tasa base de 75 se asignó la puntuación directa de la parte superior de la distribución más próxima a la prevalencia indicativa del nivel *tipo de personalidad*. Asimismo, a la tasa base de 85 se asignó la puntuación directa de la parte superior de la distribución más próxima a la prevalencia indicativa del nivel *trastorno de la personalidad*. Se siguió este mismo proceso para establecer las puntuaciones directas iniciales equivalentes de las tasas base de 75 y 85 para las escalas de los síndromes clínicos. En este caso, la tasa base de 75 se corresponde con la prevalencia que indica que ese síndrome está *presente*; y la tasa base de 85 se corresponde con la prevalencia que indica que ese síndrome es *prominente*.

Para cada una de las escalas de los patrones de la personalidad y de las de los síndromes clínicos, se vincularon las puntuaciones directas con tres puntos de anclaje más: la tasa base de 0 se corresponde con la puntuación directa de 0; la tasa base de 60, con la puntuación directa situada en la media; y la tasa base de

115, con la puntuación directa máxima. Para asignar las tasas base de las puntuaciones directas entre los cinco puntos de anclaje de 0, 60, 75, 85 y 115, se utilizó la interpolación lineal. Estas conversiones iniciales de puntuaciones directas a tasas base se usaron posteriormente para establecer las tasas base de todos los sujetos de la muestra de tipificación. Asimismo se ajustaron las tasas base según se describe en el capítulo 2, y se calculó la distribución de las frecuencias para las tasas base ajustadas. Después, para cada escala, se comparó el porcentaje de los sujetos de la muestra de tipificación cuya tasa base ajustada era igual o superior a 75 y a 85 con las prevalencias finales. A continuación se revisaron las conversiones, en la medida de lo necesario, para mejorar la correspondencia entre las prevalencias finales y el porcentaje de sujetos de la muestra de tipificación cuya tasa base era igual o superior a 75 e igual o superior a 85, de lo que se obtuvieron las conversiones definitivas que figuran en el anexo D.

Conversión de las puntuaciones directas de los índices modificadores y de las facetas de Grossman a tasas base

El procedimiento seguido para asignar las tasas base de los índices modificadores fue ligeramente distinto al de las escalas de los patrones de la personalidad y las de los síndromes clínicos. Las conversiones de las tasas base de las escalas X (Sinceridad), Y (Deseabilidad) y Z (Devaluación) se basan en los percentiles de la distribución de las puntuaciones directas de las escalas, y su rango es de 0 a 100, y no de 0 a 115. Para la escala X, se estableció la tasa base de 85 como la puntuación directa más próxima al punto de corte del 10 % de sujetos de la muestra de tipificación que obtuvieron la puntuación más alta; y la tasa base de 75 como la puntuación directa más próxima al punto de corte del 15 % de la distribución. Para las escalas Y y Z, se asignó la tasa base de 85 al 5 % de sujetos de la muestra de tipificación que obtuvieron la puntuación más alta; y se estableció la tasa base de 75 como la puntuación directa más próxima al punto de corte del 15 % de cada distribución. Para cada uno de los índices modificadores, se estableció la tasa base de 35 como la puntuación directa igual o superior obtenida por el 85 % de los sujetos de la muestra de tipificación, quedando un 15 % de sujetos cuya puntuación era inferior a 35. Después se asignó la puntuación directa de 0 a la tasa base de 0; y la tasa base de 100, a la puntuación directa más alta obtenida en cada escala. Para asignar las tasas base de las puntuaciones directas comprendidas entre los puntos de anclaje, se utilizó la interpolación lineal. Las conversiones de las puntuaciones directas a tasas base para estas escalas figuran en el anexo D.

Al igual que con los índices modificadores, las tasas base de las facetas de Grossman también se basan en los percentiles de la distribución de las puntuaciones directas, y su rango es de 0 a 100. Las conversiones de puntuaciones directas a tasas base para las facetas de Grossman figuran en el anexo D.

Comparación de las tasas base por sexo y estado del paciente

En la tabla 5.5 se presentan las medias y las desviaciones típicas de las 25 escalas de los patrones de la personalidad y de los síndromes clínicos, por sexo y situación actual del paciente. Esta información puede ser de utilidad como referencia al evaluar a un paciente. En cuanto a las diferencias por sexo, ninguna media de las escalas difiere por más de media desviación típica entre los hombres y las mujeres. Tal y como se esperaba, las medias de las mujeres fueron significativamente más altas en las escalas que reflejan problemas interiorizados: Depresión mayor (escala CC), Melancólico (escala 2B) y Depresión persistente (D). De manera también previsible, las medias de las mujeres también fueron más elevadas en las escalas de Ansiedad generalizada (A) y Síntomas somáticos (escala H), aunque en menor medida. Por el contrario, las medias de los hombres fueron significativamente más altas en las escalas que reflejan problemas exteriorizados: Antisocial (escala 6A), Consumo de alcohol (escala B) y Consumo de drogas (escala T). La variable sexo explicó menos del 4 % de la varianza de cada una de las escalas.

En cuanto a la situación del paciente, las medias de las puntuaciones de los síndromes clínicos de los pacientes ingresados fueron claramente más altas que las de los pacientes ambulatorios en las escalas de Consumo de drogas (escala T) y Consumo de alcohol (escala B). Por el contrario, las medias de los pacientes

ambulatorios fueron más altas en las escalas de los síndromes clínicos de Depresión mayor (escala CC) y Síntomas somáticos (escala H).

Tabla 5.5. Medias y desviaciones típicas de las tasas base por sexo y situación del paciente

Escala		Hombres		Mujeres		Pacientes ingresados		Pacientes ambulatorios	
		Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt	Media	Dt
Patrones clínicos de la personalidad									
1	Esquizoide	57.7	27.1	54.9	24.7	56.3	23.9	56.0	26.0
2A	Evitativo	58.2	32.0	60.2	30.9	51.8	29.5	60.4	31.4
2B	Melancólico	49.7	32.6	60.4	31.3	44.3	34.6	57.5	31.7
3	Dependiente	58.2	28.2	60.7	26.9	56.5	28.8	60.1	27.2
4A	Histriónico	51.4	27.5	52.2	25.1	57.3	24.5	51.2	26.2
4B	Tempestuoso	50.5	27.0	50.1	24.5	61.9	22.3	48.8	25.6
5	Narcisista	54.2	26.3	48.1	27.5	61.2	24.2	49.2	27.2
6A	Antisocial	55.6	25.8	45.5	26.5	60.3	24.1	48.3	26.6
6B	Sádico	48.1	25.4	49.3	24.5	45.5	26.2	49.2	24.7
7	Compulsivo	59.1	16.8	61.2	16.4	63.0	14.9	60.0	16.8
8A	Negativista	50.4	28.0	55.7	26.5	52.0	28.0	53.7	27.1
8B	Masoquista	49.1	26.0	53.2	26.9	47.0	27.7	52.1	26.4
Patología grave de la personalidad									
S	Esquizotípico	49.6	28.4	51.7	26.3	47.3	28.6	51.3	27.0
C	Límite	48.7	30.4	56.3	28.9	47.5	31.0	53.9	29.5
P	Paranoide	52.2	30.1	50.0	30.2	54.8	29.9	50.4	30.1
Síndromes clínicos									
A	Ansiedad generalizada	53.5	32.4	62.3	29.9	48.6	33.4	60.0	30.7
H	Síntomas somáticos	46.1	32.4	54.6	32.0	39.4	34.2	52.6	31.9
N	Espectro bipolar	54.4	26.3	55.8	23.5	58.3	27.0	54.8	24.4
D	Depresión persistente	51.4	33.9	61.1	32.4	47.1	36.0	58.4	32.8
B	Consumo de alcohol	51.0	35.1	39.2	34.8	57.8	36.9	42.3	34.8
T	Consumo de drogas	59.1	31.5	45.5	31.0	67.1	28.0	49.1	31.8
R	Estrés postraumático	47.2	29.6	53.3	27.9	48.6	30.1	51.1	28.6
Síndromes clínicos graves									
SS	Espectro esquizofrénico	50.5	28.6	54.0	24.8	48.3	29.9	53.2	26.0
CC	Depresión mayor	45.8	36.4	58.0	34.8	38.7	36.6	54.8	35.5
PP	Delirante	49.7	28.2	45.6	28.9	52.6	27.9	46.6	28.7

Observaciones acerca de los baremos españoles

Al igual que ocurre con las actualizaciones de otros instrumentos de evaluación, es probable que los usuarios de un test necesiten un periodo de transición para adaptarse a la nueva versión. El profesional habituado a utilizar el MCMI-III necesitará un tiempo de adaptación para obtener el máximo rendimiento de los resultados obtenidos con el MCMI-IV. Se recomienda que los profesionales lean con atención este manual y lleven a cabo la interpretación de algunos perfiles de práctica con el fin de asentar los nuevos procedimientos de interpretación y familiarizarse con las facetas de Grossman. Asimismo se aconseja estudiar las novedades de la teoría evolutiva de la personalidad de Millon, especialmente las referidas al espectro de la personalidad, a la escala 4B (Tempestuoso) y a las facetas de Grossman. Para una ampliación de estos y otros aspectos de la teoría de Millon, véase Millon (2011).

Respecto a los nombres de las escalas del MCMI-IV, se ha optado por respetar, en la medida de lo posible, la terminología utilizada por el autor, para no perder el sentido recogido en la versión estadounidense. El MCMI-IV presenta los siguientes cambios en la nomenclatura respecto a su predecesor: la escala 2B, antes Depresivo, ahora es Melancólico; la escala 6B, antes Agresivo (sádico), ahora es Sádico; la escala 8A, antes Negativista (pasivo-agresivo), ahora es Negativista; la escala 8B, antes Autodestructivo, ahora es Masoquista; la escala A, antes Trastorno de ansiedad, ahora es Ansiedad generalizada; la escala H, antes Trastorno somatomorfo, ahora es Síntomas somáticos; la escala N, antes Trastorno bipolar, ahora es Espectro bipolar; la escala D, antes Trastorno distímico, ahora es Depresión persistente; las escalas B y T, antes Dependencia del alcohol y Dependencia de sustancias, ahora son Consumo de alcohol y Consumo de drogas, respectivamente; la escala SS, antes Trastorno del pensamiento, ahora es Espectro esquizofrénico; y la escala PP, antes Trastorno delirante, ahora es Delirante. Gran parte de estos cambios guardan relación con la teoría evolutiva de Millon y la terminología utilizada en el DSM-5.

En relación con los baremos, una de las principales diferencias respecto a la versión anterior radica en la sensibilidad y especificidad de las tasas base. En general, las tasas base de la mayoría de las escalas de los patrones de la personalidad del MCMI-IV presentan mayor sensibilidad que las de su predecesor. Es decir, en el MCMI-IV se reduce la presencia de falsos negativos, aumentan las elevaciones de las escalas y se evita el falso aplanamiento de los perfiles. Aunque inicialmente un perfil con menos elevaciones puede resultar más fácil de interpretar, la mayor sensibilidad de las escalas del MCMI-IV ofrece más información al profesional y reduce la necesidad de interpretar elevaciones de los patrones de la personalidad por debajo de las tasas base de 75 y 85.

Por el contrario, en algunas escalas del MCMI-IV se ha mantenido o incrementado la especificidad respecto a su predecesor. Este es el caso de las escalas de los síndromes clínicos A (Ansiedad generalizada), SS (Espectro esquizofrénico) y PP (Delirante), en las que es necesario que el paciente reconozca un mayor número de síntomas para obtener una elevación significativa en el perfil de resultados.

En el capítulo 6 se ofrece más información sobre la validez diagnóstica del MCMI-IV y los coeficientes de sensibilidad y especificidad obtenidos en la muestra de tipificación española.

Los profesionales que utilicen el MCMI-IV también deben tener especial consideración en la interpretación de las escalas B (Consumo de alcohol) y T (Consumo de drogas). Debido a la naturaleza de estos constructos y la distribución de los datos, ambas escalas presentan un efecto suelo considerable: una o dos respuestas afirmativas a los ítems que conforman cada una de estas escalas resultan en una tasa base de 60, es decir, la puntuación promedio de la muestra de tipificación. Se recomienda seguir las consignas de interpretación propuestas en el capítulo 4 de este manual para la interpretación de los síndromes clínicos: las elevaciones de tasas base entre 75 y 84 indican que hay un síndrome que está *presente*, mientras que las tasas base iguales o superiores a 85 pueden indicar que hay un síndrome que sobresale o que es *prominente*.

A diferencia de su predecesor, el informe de resultados del MCMI-IV ofrece también puntuaciones percentiles. Estas puntuaciones, como se describe en el capítulo 2, son un indicador de la frecuencia y representan el porcentaje de sujetos de la muestra de tipificación que obtuvieron una puntuación igual o inferior a una tasa base determinada. Aunque los percentiles resultan informativos, dado que las escalas del MCMI-IV tienen diferentes curvas de distribución, la relación entre las tasas base y los percentiles varía entre las escalas y, por tanto, se recomienda basar la interpretación del perfil de un paciente únicamente en las tasas base.



CAPÍTULO 6

Fiabilidad y validez

En este capítulo se presenta información técnica sobre las puntuaciones de las escalas de la adaptación española del MCMI-IV: su fiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal) y validez (correlaciones entre las escalas, correlaciones con otros tests y eficiencia diagnóstica).

Fiabilidad

La fiabilidad de un test es la exactitud, consistencia y estabilidad de las puntuaciones en diferentes situaciones (Anastasi y Urbina, 1998; Sattler, 2008); y puede medirse de diversas formas en función de la fuente del error que se tenga en cuenta. En este capítulo se analizan los tipos de fiabilidad siguientes:

- *Consistencia interna*, que indica el grado en que todos los ítems de una escala miden la misma dimensión conductual o emocional.
- *Estabilidad temporal: test-retest*, que indica la consistencia de las respuestas dadas por el mismo sujeto tras un breve intervalo de tiempo.

Consistencia interna

La consistencia interna muestra en qué medida los ítems de una escala representan la misma dimensión subyacente. Para estimar la consistencia interna, se calcularon los coeficientes ordinales alfa. A diferencia de los coeficientes alfa de Cronbach, los coeficientes ordinales alfa basan sus estimaciones en el peso de las variables latentes en lugar de las correlaciones entre las variables manifiestas y, por tanto, son más precisos cuando se trata de analizar datos binarios u ordinales (Gadernmann, Guhn, y Zumbo, 2012; Peters, 2014; McNeish, 2017; Zumbo, Gadernmann y Zeisser, 2007).

En la tabla 6.1 se presentan las estimaciones de fiabilidad para las puntuaciones de las escalas de los patrones de la personalidad (1-P), las de los síndromes clínicos (A-PP) y las de las facetas de Grossman, a partir de los datos recogidos de la muestra de tipificación española del MCMI-IV. Para las escalas de los patrones de la personalidad, todos los coeficientes de fiabilidad se consideran excelentes (con una media de .89), excepto para la escala 7 (Compulsivo), que se considera adecuado. Respecto a las escalas de los síndromes clínicos, todos los coeficientes se consideran excelentes (con una media de .91), excepto para la escala N (Espectro bipolar), que se considera adecuado. En cuanto a las facetas de Grossman, la media de los coeficientes es de .86, los coeficientes de fiabilidad se consideran excelentes para 31 facetas, buenos para 7 facetas, adecuados para 6 facetas y adecuados con carencias para 1 faceta. Las facetas de Grossman con coeficientes más bajos se consideran elementos principales de las escalas correspondientes y, por ello, se mantienen en el inventario. Además, debe tenerse en cuenta la brevedad de algunas escalas y la naturaleza politética de los constructos de la personalidad clínica. Véase Prieto y Muñiz [2000] para valorar los coeficientes de consistencia interna.

Tabla 6.1. Consistencia interna de las escalas y facetas del MCMI-IV (datos españoles)

	Alfa		Alfa
Patrones clínicos de la personalidad		Patología grave de la personalidad	
1. Esquizoide	.89	S. Esquizotípico	.94
1.1. Interpersonalmente desvinculado	.81	S.1. Cognitivamente circunstancial	.91
1.2. Contenido escaso	.87	S.2. Autoimagen disociada	.91
1.3. Temperamentalmente apático	.90	S.3. Contenido caótico	.90
2A. Evitativo	.92	C. Límite	.94
2A.1. Interpersonalmente aversivo	.86	C.1. Autoimagen inestable	.94
2A.2. Autoimagen alienada	.88	C.2. Arquitectura disgregada	.90
2A.3. Contenido vejatorio	.88	C.3. Temperamentalmente lábil	.90
2B. Melancólico	.96	P. Paranoide	.91
2B.1. Cognitivamente fatalista	.91	P.1. Expresivamente defensivo	.83
2A.2. Autoimagen inútil	.92	P.2. Cognitivamente desconfiado	.83
2B.3. Temperamentalmente afligido	.95	P.3. Dinámicas de proyección	.89
3. Dependiente	.85	Síndromes clínicos	
3.1. Expresivamente pueril	.86	A. Ansiedad generalizada	.91
3.2. Interpersonalmente sumiso	.68	H. Síntomas somáticos	.91
3.3. Autoimagen inepta	.88	N. Espectro bipolar	.77
4A. Histriónico	.89	D. Depresión persistente	.96
4A.1. Expresivamente dramático	.84	B. Consumo de alcohol	.88
4A.2. Interpersonalmente buscador de atención	.87	T. Consumo de drogas	.92
4A.3. Temperamentalmente inconstante	.91	R. Estrés postraumático	.92
4B. Tempestuoso	.93	Síndromes clínicos graves	
4B.1. Expresivamente impetuoso	.91	SS. Espectro esquizofrénico	.93
4B.2. Interpersonalmente eufórico	.82	CC. Depresión mayor	.96
4B.3. Autoimagen sobreestimada	.85	PP. Delirante	.92
5. Narcisista	.86		
5.1. Interpersonalmente explotador	.84		
5.2. Cognitivamente expansivo	.89		
5.3. Autoimagen admirable	.75		
6A. Antisocial	.86		
6A.1. Interpersonalmente irresponsable	.79		
6A.2. Autoimagen autónoma	.75		
6A.3. Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	.90		
6B. Sádico	.88		
6B.1. Expresivamente precipitado	.83		
6B.2. Interpersonalmente desagradable	.78		
6B.3. Arquitectura eruptiva	.89		
7. Compulsivo	.70		
7.1. Expresivamente disciplinado	.78		
7.2. Cognitivamente constreñido	.88		
7.3. Autoimagen responsable	.77		
8A. Negativista	.91		
8A.1. Expresivamente resentido	.86		
8A.2. Autoimagen descontenta	.89		
8A.3. Temperamentalmente irritable	.92		
8B. Masoquista	.94		
8B.1. Autoimagen desmerecedora	.92		
8B.2. Arquitectura invertida	.87		
8B.3. Temperamentalmente disfórico	.90		

Estabilidad temporal: test-retest

Otro método para determinar la consistencia de las puntuaciones es la obtención de resultados mediante dos aplicaciones, separadas por un breve periodo de tiempo. En la tabla 6.2 se presentan los datos demográficos del estudio test-retest, así como del estudio de las correlaciones con otros tests, que se describen más adelante. Los coeficientes de fiabilidad test-retest se obtuvieron a partir de una muestra española de 79 pacientes. A los sujetos de la muestra se les aplicó el MCMI-IV en dos ocasiones, con un intervalo temporal medio de 21 días. La media de edad de los 79 participantes fue de 41 años. Están representadas todas las categorías de las variables sexo, grupo de edad y nivel educativo. La mayor proporción de los pacientes de la muestra test-retest son hombres de entre 26 y 49 años con nivel educativo de bachillerato superior o formación profesional.

Tabla 6.2. Datos demográficos del estudio de estabilidad test-retest y del estudio de las correlaciones con el BSI 18 y el MCMI-III (datos españoles)

	Test-Retest		BSI 18		MCMI-III	
	N	%	N	%	N	%
Muestra total	79	100.0	65	100.0	70	100.0
Sexo						
Hombres	44	55.7	31	47.7	38	54.3
Mujeres	35	44.3	34	52.3	32	45.7
Grupo de edad						
18-25	12	15.2	12	18.5	16	22.9
26-49	44	55.7	37	56.9	35	50.0
50-80	23	29.1	16	24.6	19	27.1
Nivel educativo						
Sin estudios	2	2.5	1	1.5	0	0.0
Educación primaria	15	19.0	12	18.5	15	21.4
Educación secundaria	12	15.2	7	10.8	7	10.0
Bachillerato superior o formación profesional	34	43.0	28	43.1	29	41.4
Diplomatura, licenciatura o titulaciones superiores	16	20.3	16	24.6	17	24.3
Sin identificar	0	0.0	1	1.5	2	2.9

La fiabilidad test-retest se estimó empleando la correlación de Pearson. En la tabla 6.3 se presentan la media y la desviación típica de los inventarios en la primera y la segunda aplicación. Las tablas también recogen las diferencias típicas (tamaño del efecto) entre la primera y la segunda aplicación, así como los coeficientes de correlación corregidos de acuerdo con la variabilidad de la muestra de tipificación española (Allen y Yen, 2002; Magnusson, 1967). La diferencia típica se calculó usando la diferencia de la puntuación media obtenida en las dos aplicaciones dividida por la desviación típica común (Cohen, 1988).

Los coeficientes de estabilidad test-retest para las puntuaciones de las escalas, por lo general, muestran una estabilidad de buena a excelente, siendo la mayoría de los coeficientes corregidos iguales o superiores a .80 (véase Prieto y Muñiz [2000] para valorar los coeficientes de estabilidad temporal). Las puntuaciones medias de las dos aplicaciones son muy similares, con la mayoría de los tamaños del efecto inferiores a .20, lo que indica que el rendimiento en el intervalo de tiempo se ha mantenido estable.

Tabla 6.1. Consistencia interna de las escalas y facetas del MCMI-IV (datos españoles)

	Alfa		Alfa
Patrones clínicos de la personalidad		Patología grave de la personalidad	
1. Esquizoide	.89	S. Esquizotípico	.94
1.1. Interpersonalmente desvinculado	.81	S.1. Cognitivamente circunstancial	.91
1.2. Contenido escaso	.87	S.2. Autoimagen disociada	.91
1.3. Temperamentalmente apático	.90	S.3. Contenido caótico	.90
2A. Evitativo	.92	C. Límite	.94
2A.1. Interpersonalmente aversivo	.86	C.1. Autoimagen inestable	.94
2A.2. Autoimagen alienada	.88	C.2. Arquitectura disgregada	.90
2A.3. Contenido vejatorio	.88	C.3. Temperamentalmente lábil	.90
2B. Melancólico	.96	P. Paranoide	.91
2B.1. Cognitivamente fatalista	.91	P.1. Expresivamente defensivo	.83
2A.2. Autoimagen inútil	.92	P.2. Cognitivamente desconfiado	.83
2B.3. Temperamentalmente afligido	.95	P.3. Dinámicas de proyección	.89
3. Dependiente	.85	Síndromes clínicos	
3.1. Expresivamente pueril	.86	A. Ansiedad generalizada	.91
3.2. Interpersonalmente sumiso	.68	H. Síntomas somáticos	.91
3.3. Autoimagen inepta	.88	N. Espectro bipolar	.77
4A. Histriónico	.89	D. Depresión persistente	.96
4A.1. Expresivamente dramático	.84	B. Consumo de alcohol	.88
4A.2. Interpersonalmente buscador de atención	.87	T. Consumo de drogas	.92
4A.3. Temperamentalmente inconstante	.91	R. Estrés postraumático	.92
4B. Tempestuoso	.93	Síndromes clínicos graves	
4B.1. Expresivamente impetuoso	.91	SS. Espectro esquizofrénico	.93
4B.2. Interpersonalmente eufórico	.82	CC. Depresión mayor	.96
4B.3. Autoimagen sobreestimada	.85	PP. Delirante	.92
5. Narcisista	.86		
5.1. Interpersonalmente explotador	.84		
5.2. Cognitivamente expansivo	.89		
5.3. Autoimagen admirable	.75		
6A. Antisocial	.86		
6A.1. Interpersonalmente irresponsable	.79		
6A.2. Autoimagen autónoma	.75		
6A.3. Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	.90		
6B. Sádico	.88		
6B.1. Expresivamente precipitado	.83		
6B.2. Interpersonalmente desagradable	.78		
6B.3. Arquitectura eruptiva	.89		
7. Compulsivo	.70		
7.1. Expresivamente disciplinado	.78		
7.2. Cognitivamente constreñido	.88		
7.3. Autoimagen responsable	.77		
8A. Negativista	.91		
8A.1. Expresivamente resentido	.86		
8A.2. Autoimagen descontenta	.89		
8A.3. Temperamentalmente irritable	.92		
8B. Masoquista	.94		
8B.1. Autoimagen desmerecedora	.92		
8B.2. Arquitectura invertida	.87		
8B.3. Temperamentalmente disfórico	.90		

Estabilidad temporal: test-retest

Otro método para determinar la consistencia de las puntuaciones es la obtención de resultados mediante dos aplicaciones, separadas por un breve periodo de tiempo. En la tabla 6.2 se presentan los datos demográficos del estudio test-retest, así como del estudio de las correlaciones con otros tests, que se describen más adelante. Los coeficientes de fiabilidad test-retest se obtuvieron a partir de una muestra española de 79 pacientes. A los sujetos de la muestra se les aplicó el MCMI-IV en dos ocasiones, con un intervalo temporal medio de 21 días. La media de edad de los 79 participantes fue de 41 años. Están representadas todas las categorías de las variables sexo, grupo de edad y nivel educativo. La mayor proporción de los pacientes de la muestra test-retest son hombres de entre 26 y 49 años con nivel educativo de bachillerato superior o formación profesional.

Tabla 6.2. Datos demográficos del estudio de estabilidad test-retest y del estudio de las correlaciones con el BSI 18 y el MCMI-III (datos españoles)

	Test-Retest		BSI 18		MCMI-III	
	N	%	N	%	N	%
Muestra total	79	100.0	65	100.0	70	100.0
Sexo						
Hombres	44	55.7	31	47.7	38	54.3
Mujeres	35	44.3	34	52.3	32	45.7
Grupo de edad						
18-25	12	15.2	12	18.5	16	22.9
26-49	44	55.7	37	56.9	35	50.0
50-80	23	29.1	16	24.6	19	27.1
Nivel educativo						
Sin estudios	2	2.5	1	1.5	0	0.0
Educación primaria	15	19.0	12	18.5	15	21.4
Educación secundaria	12	15.2	7	10.8	7	10.0
Bachillerato superior o formación profesional	34	43.0	28	43.1	29	41.4
Diplomatura, licenciatura o titulaciones superiores	16	20.3	16	24.6	17	24.3
Sin identificar	0	0.0	1	1.5	2	2.9

La fiabilidad test-retest se estimó empleando la correlación de Pearson. En la tabla 6.3 se presentan la media y la desviación típica de los inventarios en la primera y la segunda aplicación. Las tablas también recogen las diferencias típicas (tamaño del efecto) entre la primera y la segunda aplicación, así como los coeficientes de correlación corregidos de acuerdo con la variabilidad de la muestra de tipificación española (Allen y Yen, 2002; Magnusson, 1967). La diferencia típica se calculó usando la diferencia de la puntuación media obtenida en las dos aplicaciones dividida por la desviación típica común (Cohen, 1988).

Los coeficientes de estabilidad test-retest para las puntuaciones de las escalas, por lo general, muestran una estabilidad de buena a excelente, siendo la mayoría de los coeficientes corregidos iguales o superiores a .80 (véase Prieto y Muñiz [2000] para valorar los coeficientes de estabilidad temporal). Las puntuaciones medias de las dos aplicaciones son muy similares, con la mayoría de los tamaños del efecto inferiores a .20, lo que indica que el rendimiento en el intervalo de tiempo se ha mantenido estable.

Tabla 6.3. Fiabilidad test-retest de las escalas y facetas del MCMI-IV (datos españoles)

		Primera aplicación		Segunda aplicación		r_{12}	r_{12} corregido ^a	Diferencia típica ^b
		Media	Dt	Media	Dt			
Patrones clínicos de la personalidad								
1.	Esquizoide	52.9	25.4	51.6	25.8	.91	.91	-0.05
	1.1. Interpersonalmente desvinculado	51.7	28.8	49.8	29.0	.82	.82	-0.06
	1.2. Contenido escaso	54.4	24.3	54.8	24.4	.84	.84	0.02
	1.3. Temperamentalmente apático	45.2	34.0	44.4	33.0	.91	.88	-0.02
2A.	Evitativo	52.8	33.3	51.1	31.7	.92	.91	-0.05
	2A.1. Interpersonalmente aversivo	61.3	29.6	60.7	29.8	.93	.93	-0.02
	2A.2. Autoimagen alienada	43.4	32.2	44.1	31.6	.88	.87	0.02
	2A.3. Contenido vejatorio	48.0	33.9	45.4	33.3	.87	.85	-0.08
2B.	Melancólico	46.5	33.4	45.2	34.8	.93	.93	-0.04
	2B.1. Cognitivamente fatalista	45.6	32.9	40.9	30.9	.90	.88	-0.15
	2A.2. Autoimagen inútil	44.1	35.7	43.8	36.9	.90	.90	-0.01
	2B.3. Temperamentalmente afligido	41.8	35.3	42.8	35.1	.91	.91	0.03
3.	Dependiente	53.2	29.0	53.9	31.0	.85	.83	0.02
	3.1. Expresivamente pueril	46.8	32.3	44.0	32.1	.89	.85	-0.09
	3.2. Interpersonalmente sumiso	52.3	28.3	51.8	29.3	.88	.88	-0.02
	3.3. Autoimagen inepta	43.8	32.8	44.7	33.0	.89	.88	0.03
4A.	Histriónico	54.5	25.6	55.1	24.4	.96	.97	0.02
	4A.1. Expresivamente dramático	50.5	34.8	50.3	34.7	.90	.90	-0.01
	4A.2. Interpersonalmente buscador de atención	59.6	24.8	59.8	24.6	.93	.94	0.01
	4A.3. Temperamentalmente inconstante	61.4	26.4	59.0	26.2	.86	.87	-0.09
4B.	Tempestuoso	55.7	24.2	55.7	23.6	.91	.92	0.00
	4B.1. Expresivamente impetuoso	55.3	25.4	54.2	25.0	.83	.85	-0.05
	4B.2. Interpersonalmente eufórico	55.2	26.9	57.3	24.9	.90	.89	0.08
	4B.3. Autoimagen sobreestimada	62.3	25.5	62.1	26.5	.87	.89	-0.01
5.	Narcisista	54.2	26.5	51.7	27.7	.86	.87	-0.09
	5.1. Interpersonalmente explotador	49.1	32.6	46.8	33.8	.83	.83	-0.07
	5.2. Cognitivamente expansivo	59.4	24.5	59.5	23.2	.85	.87	0.00
	5.3. Autoimagen admirable	52.7	30.0	50.8	30.9	.60	.63	-0.06
6A.	Antisocial	46.6	26.2	47.6	25.3	.77	.77	0.04
	6A.1. Interpersonalmente irresponsable	54.2	27.4	51.5	29.0	.73	.76	-0.10
	6A.2. Autoimagen autónoma	42.3	26.8	42.9	27.0	.66	.66	0.02
	6A.3. Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	47.6	32.6	48.5	32.1	.79	.76	0.03
6B.	Sádico	41.7	24.6	39.7	24.2	.87	.87	-0.08
	6B.1. Expresivamente precipitado	46.8	26.6	46.1	24.2	.81	.79	-0.03
	6B.2. Interpersonalmente desagradable	46.7	29.6	42.8	31.2	.77	.75	-0.13
	6B.3. Arquitectura eruptiva	42.2	33.0	40.0	32.8	.69	.65	-0.07
7.	Compulsivo	62.3	18.4	61.6	17.9	.80	.75	-0.04
	7.1. Expresivamente disciplinado	62.9	27.1	62.3	26.3	.86	.84	-0.02
	7.2. Cognitivamente constreñido	47.3	29.9	42.9	28.9	.92	.91	-0.15
	7.3. Autoimagen responsable	67.0	17.3	67.1	15.5	.79	.81	0.00
8A.	Negativista	47.0	27.5	44.7	27.4	.89	.89	-0.08
	8A.1. Expresivamente resentido	48.6	30.0	46.2	31.3	.83	.82	-0.08
	8A.2. Autoimagen descontenta	49.9	28.0	46.9	29.9	.88	.87	-0.10
	8A.3. Temperamentalmente irritable	37.0	30.9	36.2	29.7	.89	.90	-0.03
8B.	Masoquista	43.4	27.7	43.4	29.0	.90	.89	0.00
	8B.1. Autoimagen desmerecedora	42.5	28.9	40.9	30.7	.88	.86	-0.05
	8B.2. Arquitectura invertida	45.1	29.7	44.3	29.3	.85	.84	-0.03
	8B.3. Temperamentalmente disfórico	43.9	27.7	45.8	27.0	.90	.88	0.07

^a Las correlaciones se corrigieron de acuerdo con la variabilidad de la muestra de tipificación española (Allen y Yen, 2002; Magnusson, 1967).

^b La diferencia típica es la diferencia entre las medias de las dos aplicaciones dividida por la raíz cuadrada de la varianza común, calculada mediante la fórmula de Cohen (1996, fórmula 10.4).

Tabla 6.3. Fiabilidad test-retest de las escalas y facetas del MCMI-IV (datos españoles) (continuación)

		Primera aplicación		Segunda aplicación		r_{12}	r_{12} corregido ^a	Diferencia típica ^b
		Media	Dt	Media	Dt			
Patología grave de la personalidad								
S.	Esquizotípico	40.5	29.8	39.4	29.3	.93	.91	-0.04
	S.1. Cognitivamente circunstancial	47.1	32.9	44.5	33.0	.92	.90	-0.08
	S.2. Autoimagen disociada	46.2	30.6	46.6	28.2	.90	.89	0.01
	S.3. Contenido caótico	49.7	29.4	47.8	31.3	.88	.88	-0.06
C.	Límite	42.7	30.3	42.0	30.2	.87	.87	-0.02
	C.1. Autoimagen inestable	39.8	35.1	38.0	34.7	.92	.91	-0.05
	C.2. Arquitectura disgregada	48.1	30.1	46.4	31.4	.87	.86	-0.06
	C.3. Temperamentalmente lábil	38.9	31.8	36.8	31.7	.83	.82	-0.07
P.	Paranoide	48.2	29.2	45.3	29.9	.85	.86	-0.10
	P.1. Expresivamente defensivo	48.9	27.6	45.8	29.1	.80	.83	-0.11
	P.2. Cognitivamente desconfiado	50.6	32.1	46.8	33.3	.90	.89	-0.12
	P.3. Dinámicas de proyección	48.6	31.1	48.9	32.6	.87	.88	0.01
Síndromes clínicos								
A.	Ansiedad generalizada	49.5	32.5	46.1	33.5	.91	.90	-0.10
H.	Síntomas somáticos	46.2	33.2	45.7	32.7	.89	.88	-0.01
N.	Espectro bipolar	49.8	27.0	46.3	26.3	.86	.83	-0.13
D.	Depresión persistente	48.6	34.9	46.0	35.0	.93	.93	-0.07
B.	Consumo de alcohol	43.1	35.3	45.1	35.0	.79	.79	0.06
T.	Consumo de drogas	45.7	35.9	50.0	34.1	.75	.69	0.12
R.	Estrés postraumático	43.5	30.7	41.5	31.0	.88	.86	-0.07
Síndromes clínicos graves								
SS.	Espectro esquizofrénico	44.6	29.5	42.4	29.8	.92	.90	-0.07
CC.	Depresión mayor	43.8	37.1	43.7	38.4	.92	.91	0.00
PP.	Delirante	48.5	27.6	46.7	29.0	.84	.85	-0.06

^aLas correlaciones se corrigieron de acuerdo con la variabilidad de la muestra de tipificación española (Allen y Yen, 2002; Magnusson, 1967).

^bLa diferencia típica es la diferencia entre las medias de las dos aplicaciones dividida por la raíz cuadrada de la varianza común, calculada mediante la fórmula de Cohen (1996, fórmula 10.4).

Validez

La validez es el aspecto más importante desde el punto de vista de la construcción de un test. Las definiciones actuales de validez hacen referencia al grado de evidencia que apoya la interpretación de las puntuaciones de un test con un fin determinado (AERA, APA y NCME, 2014; Sattler, 2008). Por consiguiente, es el propio usuario del test quien debe evaluar si las evidencias disponibles justifican el uso que desea darle al test.

A continuación se analizan las evidencias de la validez de la adaptación española del MCMI-IV basadas en las intercorrelaciones de las escalas, en las relaciones con otras medidas y en la capacidad de predecir las valoraciones de los profesionales clínicos.

Intercorrelaciones de las escalas

En la tabla 6.4 figuran las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del MCMI-IV. Para facilitar la comparación de los rasgos de la personalidad, la psicopatología y los estilos de respuesta, se presentan juntas las escalas de los patrones de la personalidad, las de los síndromes clínicos y los índices modificadores.

Respecto a los patrones de la personalidad (1-P), las correlaciones negativas más altas se observan entre la escala 4A (Histriónico) y la mayoría de las escalas de los patrones de la personalidad; y entre la escala 4B (Tempestuoso) y la mayoría de las escalas de los patrones de personalidad. Sin embargo, y como era previsible, la correlación entre la escala 4A y 4B es alta y positiva; dado que en ambas escalas tienden a destacar rasgos de la personalidad que, cuando se presentan con moderación, son positivos. Otra correlación negativa significativa se encuentra entre las escalas 7 (Compulsivo) y 6A (Antisocial), posiblemente debido a que tienen tendencias opuestas de atribución de la responsabilidad y la culpa. Las correlaciones positivas más altas se observan entre las escalas 2B (Melancólico), 8B (Masoquista) y C (Límite), posiblemente porque todas ellas comparten rasgos relacionados con la baja autoestima y el sentimiento de no ser merecedores de aspectos positivos.

En cuanto a los síndromes clínicos (A-PP), los patrones de correlaciones son los esperados. Las correlaciones más altas se observan entre la escala CC (Depresión mayor) y las escalas D (Depresión persistente) y H (Síntomas somáticos); así como entre estas dos últimas escalas. Estas tres escalas comparten síntomas de enlentecimiento psicomotriz y problemas físicos. En general, se observan correlaciones moderadas o altas entre la escala A (Ansiedad generalizada) y el resto de las escalas. Las escalas A (Ansiedad generalizada) y SS (Espectro esquizofrénico) muestran una correlación alta, que posiblemente refleja la tendencia común a presentar interferencias cognitivas abrumadoras.

Respecto a los índices modificadores (X, Y y Z), las correlaciones reflejan los patrones previstos. Por una parte, se observa una correlación alta entre las escalas X (Sinceridad) y Z (Devaluación), lo cual es consistente con la realidad clínica: mayores niveles de franqueza asociados a la tendencia de mostrar una imagen más negativa de uno mismo. Por otra parte, al contrario, la escala Y (Deseabilidad) correlaciona negativamente con los otros dos índices modificadores, lo cual es consistente con la negación del patrón de petición de ayuda.

Correlaciones con el BSI 18 y el MCMI-III

Las correlaciones entre dos instrumentos indican el grado en que miden dimensiones similares. Las puntuaciones de las escalas del MCMI-IV se compararon con otras dos medidas de la psicopatología de los adultos: el *Inventario breve de 18 síntomas* (BSI 18; Derogatis, 2013) y el MCMI-III (Millon, 2011 [ed. orig. 2007]). Los datos demográficos de la muestra de cada estudio figuran en la tabla 6.2.

Tabla 6.4. Correlaciones entre las tasas base de las escalas del MCMI-IV (datos españoles)

Escala	1	2A	2B	3	4A	4B	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP	X	Y	Z
1	-																											
2A	.71	-																										
2B	.64	.76	-																									
3	.48	.67	.65	-																								
4A	-.68	-.73	-.50	-.41	-																							
4B	-.56	-.66	-.59	-.45	.81	-																						
5	.04	-.08	.00	-.08	.34	.36	-																					
6A	.14	.08	.14	.05	.12	.09	.56	-																				
6B	.31	.27	.36	.15	-.06	-.11	.39	.48	-																			
7	.03	.03	.03	.08	.00	.15	-.03	-.35	-.07	-																		
8A	.55	.61	.71	.51	-.30	-.33	.29	.32	.63	.05	-																	
8B	.60	.76	.87	.64	-.49	-.57	.06	.23	.39	-.03	.69	-																
S	.71	.75	.79	.57	-.47	-.47	.20	.29	.48	.01	.77	.79	-															
C	.61	.70	.88	.61	-.42	-.50	.13	.28	.47	.01	.77	.87	.83	-														
P	.57	.57	.52	.39	-.30	-.20	.36	.29	.53	.07	.76	.54	.72	.55	-													
A	.50	.56	.73	.53	-.33	-.40	.09	.14	.33	.06	.62	.64	.75	.73	.48	-												
H	.49	.49	.66	.42	-.35	-.47	.06	.08	.24	.01	.51	.57	.59	.64	.38	.70	-											
N	.17	.15	.27	.17	.18	.19	.54	.49	.49	-.04	.49	.29	.44	.40	.41	.37	.24	-										
D	.65	.72	.92	.63	-.50	-.61	.02	.14	.34	.00	.69	.82	.77	.86	.50	.75	.76	.25	-									
B	.27	.30	.37	.26	-.10	-.13	.31	.56	.40	-.15	.41	.46	.42	.44	.35	.28	.19	.41	.33	-								
T	.06	.03	.03	.02	.07	.08	.25	.60	.30	-.29	.15	.11	.15	.14	.17	.04	.02	.29	.04	.38	-							
R	.45	.45	.60	.40	-.22	-.26	.20	.23	.38	.07	.61	.56	.66	.66	.50	.78	.56	.39	.63	.32	.13	-						
SS	.64	.69	.76	.55	-.40	-.42	.20	.25	.46	.06	.75	.72	.91	.81	.70	.83	.64	.44	.77	.36	.11	.70	-					
CC	.58	.58	.81	.50	-.41	-.54	.03	.10	.29	.01	.60	.69	.68	.79	.43	.74	.86	.23	.91	.24	.01	.62	.72	-				
PP	.44	.41	.43	.31	-.11	-.06	.49	.35	.44	.06	.63	.44	.66	.49	.78	.48	.39	.50	.43	.34	.19	.48	.66	.40	-			
X	.63	.65	.75	.60	-.25	-.22	.45	.43	.62	.15	.85	.74	.82	.81	.77	.66	.53	.58	.73	.51	.22	.64	.79	.64	.70	-		
Y	-.59	-.69	-.60	-.47	.79	.90	.27	-.06	-.20	.28	-.40	-.61	-.53	-.54	-.26	-.43	-.45	.10	-.61	-.25	-.07	-.30	-.46	-.51	-.12	-.29	-	
Z	.62	.68	.88	.60	-.44	-.53	.08	.18	.41	.02	.75	.79	.79	.89	.54	.83	.79	.34	.93	.33	.06	.70	.81	.90	.49	.76	-.54	-

Los resultados de las correlaciones entre las escalas del MCMI-IV y las escalas del BSI 18 se presentan en la tabla 6.5. Se utilizaron los baremos españoles de trabajadores en activo del BSI 18 específicos para cada uno de los sexos. En general, el patrón de correlaciones es consistente con los valores esperados. Por ejemplo, las correlaciones más altas de la dimensión de Somatización del BSI 18 se observan con las escalas A (Ansiedad generalizada) y H (Síntomas somáticos) del MCMI-IV. Asimismo, las correlaciones más altas de la dimensión de Depresión del BSI 18 se dan con las escalas D (Depresión persistente), CC (Depresión mayor) y C (Límite) del MCMI-IV. En lo que se refiere a la dimensión de Ansiedad del BSI 18, la correlación más alta se observa con la escala A (Ansiedad generalizada) del MCMI-IV. Por último, el Índice global de severidad (IGS) del BSI 18 muestra las correlaciones más elevadas con las escalas CC (Depresión mayor) y A (Ansiedad generalizada).

Tabla 6.5. Correlaciones entre el MCMI-IV y el BSI 18 (datos españoles)

MCMI-IV		BSI 18				Media	Dt
		Somatización	Depresión	Ansiedad	IGS		
Patrones clínicos de la personalidad							
1	Esquizoide	.30	.52	.34	.46	54.2	25.5
2A	Evitativo	.33	.53	.35	.47	58.3	32.1
2B	Melancólico	.45	.75	.51	.67	55.0	31.4
3	Dependiente	.45	.57	.40	.55	59.5	28.9
4A	Histriónico	-.15	-.34	-.23	-.27	53.4	23.5
4B	Tempestuoso	-.22	-.51	-.30	-.41	50.0	24.8
5	Narcisista	-.07	-.02	-.06	-.03	48.4	28.1
6A	Antisocial	.02	.07	.01	.07	49.4	22.6
6B	Sádico	.03	.19	.20	.20	48.2	24.6
7	Compulsivo	.05	.08	.13	.09	59.6	16.0
8A	Negativista	.33	.53	.43	.51	50.3	28.3
8B	Masoquista	.37	.75	.51	.64	50.2	25.2
Patología grave de la personalidad							
S	Esquizotípico	.40	.64	.53	.62	49.0	27.7
C	Límite	.45	.77	.50	.69	51.1	29.0
P	Paranoide	.17	.32	.25	.30	46.5	33.7
Síndromes clínicos							
A	Ansiedad generalizada	.65	.60	.76	.77	61.2	33.5
H	Síntomas somáticos	.61	.61	.65	.72	54.5	33.2
N	Espectro bipolar	.15	.15	.12	.18	52.2	24.2
D	Depresión persistente	.54	.79	.59	.75	57.4	32.7
B	Consumo de alcohol	.22	.13	.15	.20	40.7	35.3
T	Consumo de drogas	.19	.07	-.07	.09	49.5	29.5
R	Estrés postraumático	.49	.51	.49	.57	51.8	27.9
Síndromes clínicos graves							
SS	Espectro esquizofrénico	.52	.63	.67	.71	53.5	26.9
CC	Depresión mayor	.60	.77	.67	.79	57.3	34.7
PP	Delirante	.30	.27	.24	.32	46.1	30.7
Media		63.1	64.5	63.1	65.3		
Dt		11.1	10.5	11.1	10.0		

Nota: IGS = Índice global de severidad.

Finalmente, se compararon las puntuaciones de las escalas de la adaptación española del MCMI-IV con las de las escalas de la adaptación española del MCMI-III para establecer un vínculo entre ambas versiones. Como muestra la tabla 6.6 las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas correspondientes son altas; en la mayoría de los casos con valores iguales o superiores a .70. Las correlaciones más bajas se observan en las escalas 5 (Narcisista), 7 (Compulsivo) y C (Límite).

En cuanto a las diferencias entre las medias de las puntuaciones de las escalas correspondientes son, en general, entre moderadas y pequeñas. Las diferencias más grandes se observan en la escala 4 (Histriónico) del MCMI-III en relación con las escalas 4A (Histriónico) y 4B (Tempestuoso) del MCMI-IV. También se observan ligeras diferencias en las medias de las escalas A (Ansiedad generalizada), N (Espectro bipolar), B (Consumo de alcohol) y R (Estrés postraumático) del MCMI-IV respecto a las escalas correspondientes del MCMI-III. Estas diferencias pueden deberse a ligeros cambios en el contenido de los ítems de la escala y a la mayor sensibilidad de las escalas.

Tabla 6.6. Correlaciones entre el MCMI-IV y el MCMI-III (datos españoles)

MCM-IV		MCM-III																								Media	Dt
		1	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP		
Patrones clínicos de la personalidad																											
1	Esquizoide	.75	.69	.37	.33	-.71	-.57	-.02	.15	-.28	.27	.43	.61	.35	.54	.45	.48	.03	.59	.03	-.04	.38	.56	.58	.24	53.3	27.1
2A	Evitativo	.55	.80	.46	.51	-.72	-.62	-.09	.20	-.31	.29	.45	.68	.42	.48	.59	.54	.10	.63	.00	-.11	.43	.65	.63	.18	49.3	35.0
2B	Melancólico	.48	.58	.68	.62	-.47	-.58	.01	.23	-.27	.43	.55	.52	.48	.43	.65	.70	.31	.83	.02	-.02	.59	.66	.79	.12	42.2	33.0
3	Dependiente	.32	.60	.51	.70	-.42	-.46	-.04	.17	-.22	.29	.41	.47	.44	.42	.62	.52	.15	.58	-.02	-.08	.47	.59	.60	.21	51.0	27.9
4A	Histriónico	-.64	-.80	-.35	-.37	.81	.80	.25	.06	.20	.00	-.33	-.52	-.22	-.32	-.45	-.44	.17	-.58	.10	.24	-.26	-.48	-.51	-.11	56.3	26.3
4B	Tempestuoso	-.47	-.66	-.37	-.38	.61	.77	.17	-.06	.35	.01	-.32	-.39	-.35	-.17	-.43	-.45	.09	-.59	.04	.17	-.24	-.48	-.54	.02	56.2	25.5
5	Narcisista	-.26	-.32	-.01	-.09	.23	.56	.40	.39	-.15	.39	-.01	.07	.17	.13	-.09	-.22	.42	-.15	.20	.34	.08	.01	-.17	.27	54.5	26.6
6A	Antisocial	-.05	-.05	.04	.12	-.06	.23	.71	.54	-.45	.45	.11	.09	.31	.29	-.01	-.14	.43	.00	.59	.61	.10	.20	-.04	.13	49.5	27.5
6B	Sádico	.19	.15	.34	.19	-.13	.16	.49	.73	-.35	.66	.30	.36	.57	.42	.29	.12	.52	.25	.23	.40	.37	.44	.25	.26	44.6	25.7
7	Compulsivo	.03	-.16	.24	.13	.11	.10	-.15	-.05	.45	.17	.04	.03	-.11	.00	.20	.11	.05	.06	-.12	-.19	.30	.02	.04	-.06	62.4	20.0
8A	Negativista	.41	.37	.53	.45	-.35	-.16	.31	.52	-.27	.74	.45	.49	.47	.64	.49	.47	.47	.55	.15	.25	.58	.62	.57	.23	47.1	29.8
8B	Masoquista	.45	.63	.57	.59	-.55	-.57	.07	.21	-.38	.41	.61	.50	.53	.35	.55	.53	.23	.73	.07	.06	.50	.66	.65	.02	40.1	27.3
Patología grave de la personalidad																											
S	Esquizotípico	.59	.64	.50	.50	-.62	-.51	.04	.25	-.35	.37	.51	.73	.48	.63	.60	.53	.27	.65	.06	.04	.53	.69	.64	.35	40.8	28.4
C	Límite	.48	.48	.58	.50	-.39	-.45	.15	.29	-.32	.47	.49	.47	.54	.45	.55	.59	.34	.74	.10	.10	.57	.68	.75	.14	42.6	30.3
P	Paranoide	.57	.55	.40	.38	-.54	-.31	.15	.36	-.23	.46	.39	.68	.38	.84	.52	.51	.34	.50	.09	.12	.45	.61	.54	.55	51.2	29.9
Síndromes clínicos																											
A	Ansiedad generalizada	.43	.48	.59	.57	-.31	-.43	.11	.32	-.25	.36	.41	.51	.46	.49	.72	.67	.42	.67	.16	.08	.62	.65	.72	.29	47.9	33.3
H	Síntomas somáticos	.44	.48	.53	.48	-.31	-.48	-.07	.10	-.18	.29	.43	.38	.33	.38	.55	.75	.29	.75	-.04	-.05	.42	.57	.77	.14	45.5	32.1
N	Espectro bipolar	-.11	-.16	.24	.09	.10	.29	.46	.47	-.32	.52	.19	.18	.33	.32	.14	.08	.71	.15	.25	.40	.25	.25	.13	.24	60.0	24.5
D	Depresión persistente	.53	.56	.62	.59	-.47	-.55	.00	.21	-.26	.39	.52	.49	.43	.45	.64	.76	.31	.87	.02	.00	.54	.68	.86	.15	45.2	35.1
B	Consumo de alcohol	.07	-.11	.05	.06	-.11	.08	.62	.37	-.43	.22	.08	.05	.23	.16	-.02	-.07	.29	.05	.65	.57	.13	.16	.04	.08	47.1	40.3
T	Consumo de drogas	-.02	-.01	-.14	.07	-.13	.04	.61	.48	-.35	.18	.04	-.09	.28	.09	-.03	-.10	.26	-.06	.54	.69	.01	.11	.05	.07	52.2	34.3
R	Estrés postraumático	.40	.25	.41	.41	-.22	-.18	.22	.31	-.16	.42	.23	.34	.37	.39	.59	.47	.35	.48	.16	.26	.70	.42	.51	.23	38.6	30.9
Síndromes clínicos graves																											
SS	Espectro esquizofrénico	.59	.57	.56	.52	-.51	-.47	.08	.29	-.25	.43	.49	.70	.48	.69	.69	.61	.42	.71	.12	.04	.62	.80	.72	.43	44.4	27.9
CC	Depresión mayor	.52	.53	.56	.50	-.41	-.52	-.03	.20	-.21	.34	.45	.44	.40	.40	.62	.80	.31	.84	-.01	-.01	.50	.63	.91	.12	43.5	37.2
PP	Delirante	.38	.36	.37	.39	-.34	-.17	.14	.25	-.15	.27	.25	.67	.27	.72	.52	.33	.32	.33	.18	.11	.50	.53	.37	.67	48.8	26.4
Media		49.5	47.4	43.5	50.1	43.6	56.7	46.0	45.8	59.1	46.0	37.5	41.4	43.7	51.3	62.7	43.8	52.3	43.7	56.5	48.9	45.4	45.7	41.1	53.6		
Dt		22.9	24.4	26.1	24.8	25.9	20.9	23.4	21.8	22.0	25.5	19.8	25.3	21.3	24.5	32.1	30.7	24.8	32.8	22.4	30.2	25.7	28.7	29.9	29.3		

Eficiencia diagnóstica

Como se ha expuesto en el capítulo 4 y 5, diversos profesionales cumplimentaron el cuestionario para el clínico sobre cada uno de los pacientes que participaron en la adaptación española del MCMI-IV. En este cuestionario, los profesionales indicaron, para cada patrón de la personalidad (1-P) y cada síndrome clínico (A-PP), el nivel de disfunción del paciente. Para consultar la descripción de cada nivel de disfunción, véase el anexo G. Estas 942 valoraciones de los profesionales, utilizadas para establecer las prevalencias a partir de las cuales se crearon las tasas base, permitieron evaluar la eficiencia diagnóstica de las puntuaciones de las escalas del MCMI-IV.

En primer lugar, para cada escala del MCMI-IV, se clasificó a los pacientes en dos categorías en función de su tasa base: *positivo* (tasa base igual o superior a 75) o *negativo* (tasa base inferior a 75). En segundo lugar, y como criterio de referencia del verdadero diagnóstico del paciente, se utilizaron las valoraciones de los profesionales para clasificar a los pacientes en dos categorías: *con trastorno* (nivel de disfunción grave o con diagnóstico DSM-5 o CIE-10) o *sin trastorno* (nivel de disfunción ninguno, leve o moderado).

La figura 6.1 presenta las combinaciones que surgen al comparar la clasificación de los pacientes en función del test (puntuación de la tasa base) y en función del criterio de referencia (valoración de los profesionales). Estas combinaciones permiten calcular los valores de sensibilidad y especificidad que permiten analizar la validez diagnóstica de un test. La sensibilidad se obtiene mediante la operación $a \div (a + b)$; y la especificidad, mediante $d \div (c + d)$. La sensibilidad indica la probabilidad de que un sujeto que presenta un determinado trastorno obtenga un resultado positivo en el test. La especificidad indica la probabilidad de que un sujeto que no presenta un determinado trastorno obtenga un resultado negativo en la medición de dicho problema en el test.

Clasificación del criterio de referencia	Clasificación del test	
	Positivo	Negativo
Con trastorno	a	b
Sin trastorno	c	d

Figura 6.1. Combinaciones posibles en función de la clasificación del test y del criterio de referencia

Otros dos estadísticos que permiten analizar la validez diagnóstica son el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN).

El VPP se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{VPP} = (a \times TB) \div [(a \times TB) + (1 - TB) \times c]$$

donde a y c representan las frecuencias indicadas en la figura 6.1; y TB , la tasa base. El VPP se interpreta como la probabilidad de que un sujeto que obtiene un resultado positivo en un test presente el trastorno medido por dicho test.

El VPN se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{VPN} = [d \times (1 - TB)] \div [(d \times (1 - TB)) + (b \times TB)]$$

y se interpreta como la probabilidad de que un sujeto que obtiene un resultado negativo en un test no presente el trastorno medido por dicho test.

Un $\text{VPP} = 1$ indica que no hay falsos positivos, y un $\text{VPP} = 0.5$ indica que hay un 50 % de falsos positivos. Igualmente, un $\text{VPN} = 1$ indica que no hay falsos negativos, y un $\text{VPN} = 0.5$ indica que hay un 50 % de falsos negativos.

Los valores de sensibilidad y especificidad son independientes de la prevalencia del trastorno correspondiente, pero el VPP y el VPN no lo son. Por ello, la sensibilidad y la especificidad ofrecen datos estadísticos globales sobre la precisión de la clasificación proporcionada por los resultados de un test, si bien estos datos

estadísticos pueden ser engañosos para determinadas prevalencias. Por ejemplo, un test puede mostrar valores adecuados tanto de sensibilidad como de especificidad y, aun así, identificar un elevado porcentaje de falsos positivos cuando se aplica en poblaciones con una alta prevalencia del trastorno. Por consiguiente, es aconsejable proporcionar el VPP y el VPN para distintas tasas de prevalencia, dado que la frecuencia de los trastornos varía según el ámbito clínico (p. ej., un centro de salud mental general o un centro especializado en trastornos depresivos).

En la tabla 6.7 se presentan los valores de eficiencia diagnóstica para las escalas de los patrones de la personalidad y las de los síndromes clínicos.

Tabla 6.7. Valores de eficiencia diagnóstica de las escalas del MCMI-IV (datos españoles)

				Tasas de prevalencia del trastorno						
Escala		Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo	5 %	10 %	15 %	20 %	30 %	50 %
Patrones clínicos de la personalidad										
1	Esquizoide	.52	.80	VPP	.12	.23	.32	.40	.53	.73
				VPN	.97	.94	.90	.87	.80	.63
2A	Evitativo	.78	.60	VPP	.09	.18	.25	.33	.45	.66
				VPN	.98	.96	.94	.92	.86	.73
2B	Melancólico	.75	.63	VPP	.10	.18	.26	.34	.47	.67
				VPN	.98	.96	.93	.91	.85	.72
3	Dependiente	.57	.62	VPP	.07	.14	.21	.27	.39	.60
				VPN	.97	.93	.89	.85	.77	.59
4A	Histriónico	.33	.80	VPP	.08	.16	.23	.29	.42	.63
				VPN	.96	.92	.87	.83	.74	.54
4B	Tempestuoso	.34	.88	VPP	.13	.24	.33	.41	.55	.74
				VPN	.96	.92	.88	.84	.76	.57
5	Narcisista	.40	.85	VPP	.13	.23	.32	.40	.54	.73
				VPN	.96	.93	.89	.85	.77	.59
6A	Antisocial	.50	.90	VPP	.21	.36	.47	.56	.68	.83
				VPN	.97	.94	.91	.88	.81	.64
6B	Sádico	.33	.94	VPP	.21	.36	.48	.56	.69	.84
				VPN	.96	.93	.89	.85	.77	.58
7	Compulsivo	.30	.82	VPP	.08	.16	.23	.30	.42	.63
				VPN	.96	.91	.87	.83	.73	.54
8A	Negativista	.39	.78	VPP	.09	.16	.24	.31	.43	.64
				VPN	.96	.92	.88	.84	.75	.56
8B	Masoquista	.22	.85	VPP	.07	.14	.20	.26	.38	.59
				VPN	.95	.91	.86	.81	.72	.52
Patología grave de la personalidad										
S	Esquizotípico	.29	.86	VPP	.10	.19	.27	.34	.47	.67
				VPN	.96	.92	.87	.83	.74	.55
C	Límite	.52	.81	VPP	.13	.24	.33	.41	.54	.74
				VPN	.97	.94	.91	.87	.80	.63
P	Paranoide	.56	.79	VPP	.12	.23	.32	.40	.53	.73
				VPN	.97	.94	.91	.88	.81	.64

Tabla 6.7. Valores de eficiencia diagnóstica de las escalas del MCMI-IV (datos españoles) (continuación)

				Tasas de prevalencia del trastorno						
Escala		Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo	5 %	10 %	15 %	20 %	30 %	50 %
Síndromes clínicos										
A	Ansiedad generalizada	.67	.56	VPP	.07	.15	.21	.28	.40	.60
				VPN	.97	.94	.91	.87	.80	.63
H	Síntomas somáticos	.55	.76	VPP	.11	.21	.29	.37	.50	.70
				VPN	.97	.94	.91	.87	.80	.63
N	Espectro bipolar	.33	.82	VPP	.09	.17	.24	.31	.44	.65
				VPN	.96	.92	.87	.83	.74	.55
D	Depresión persistente	.71	.71	VPP	.12	.22	.31	.38	.52	.71
				VPN	.98	.96	.93	.91	.85	.71
B	Consumo de alcohol	.73	.89	VPP	.26	.43	.54	.63	.74	.87
				VPN	.98	.97	.95	.93	.89	.77
T	Consumo de drogas	.82	.92	VPP	.35	.53	.64	.72	.81	.91
				VPN	.99	.98	.97	.95	.92	.84
R	Estrés postraumático	.42	.85	VPP	.13	.23	.33	.41	.54	.73
				VPN	.97	.93	.89	.85	.77	.59
Síndromes clínicos graves										
SS	Espectro esquizofrénico	.26	.86	VPP	.09	.17	.25	.32	.45	.65
				VPN	.96	.91	.87	.82	.73	.54
CC	Depresión mayor	.56	.71	VPP	.09	.18	.26	.33	.46	.66
				VPN	.97	.94	.90	.87	.79	.62
PP	Delirante	.40	.91	VPP	.20	.34	.45	.54	.67	.82
				VPN	.97	.93	.90	.86	.78	.60

En la tabla 6.7, para cada escala se presenta el VPP y el VPN de seis tasas de prevalencia (5 %, 10 %, 15 %, 20 %, 30 % y 50 %), de modo que se cubre la variabilidad de las tasas de prevalencia de las escalas de los patrones de la personalidad y de los síndromes clínicos del MCMI-IV. Como muestra la tabla, el VPP aumenta conforme aumenta la tasa de prevalencia; mientras que el VPN disminuye conforme aumenta la tasa de prevalencia (para más información sobre esta relación, véase Glaros y Kline, 1988). Los valores de sensibilidad son iguales o superiores a .50 para 13 de las 25 escalas (lo que indica una probabilidad igual o superior al 50 % de que una paciente con una puntuación elevada realmente presente el trastorno). Los valores de especificidad son superiores a .50 para todas las escalas.

Ítems

- | | |
|---|---|
| 1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana. | 16. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas. |
| 2. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado. | 17. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo. |
| 3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar. | 18. A veces, cuando las cosas empiezan a irme mal, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad. |
| 4. Me preocupa que las personas de las que dependo me abandonen. | 19. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás. |
| 5. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo. | 20. Afronto mis actividades diarias con mucha energía y persistencia. |
| 6. Raramente exteriorizo los pocos sentimientos que tengo. | 21. Nunca perdono una ofensa ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado. |
| 7. Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino. | 22. Me siento extremadamente deprimido y triste gran parte del tiempo. |
| 8. Siempre busco oportunidades nuevas que me resulten emocionantes. | 23. Siempre tiendo a culparme cuando las cosas van mal. |
| 9. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. | 24. Hace mucho tiempo decidí que es mejor tener poca relación con la gente. |
| 10. Me gusta ser el centro de atención. | 25. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia. |
| 11. De adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en la escuela o instituto. | 26. Soy una persona socialmente muy reservada y tímida. |
| 12. Me da miedo hacerme muy amigo de alguien porque podría acabar sintiéndome ridiculizado o avergonzado. | 27. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón. |
| 13. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado. | 28. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo en particular. |
| 14. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado. | 29. Mi tiempo es más valioso que el de los demás. |
| 15. Si puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo. | 30. Siempre estoy buscando hacer nuevas amistades y conocer gente nueva. |

31. Desde hace unas semanas estoy muy nervioso.
32. Simplemente, no he tenido la suerte que otras personas han tenido en la vida.
33. Las ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
34. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
35. Intento hacerlo todo tan perfecto como sea posible.
36. Mi adicción a las drogas hizo que faltara al trabajo.
37. Mi estado de ánimo varía mucho de un día para otro.
38. Utilizo mi encanto para conseguir lo que quiero.
39. A menudo pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
40. En el pasado me corté o autolesioné a propósito.
41. Tengo la sensación de que no duermo, y me levanto tan cansado como al acostarme.
42. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
43. Parece que pocas cosas me entristecen o me alegran.
44. A menudo tengo pensamientos extraños de los que desearía librarme.
45. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber alcohol en exceso.
46. Hago amistades con mucha más facilidad que la mayoría de la gente que conozco.
47. Me da vergüenza el maltrato que sufrí cuando era joven.
48. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
49. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
50. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
51. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
52. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
53. Mis actividades cotidianas me animan y motivan.
54. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
55. Desde que sufrí una conmoción cerebral grave, ya no puedo concentrarme en nada.
56. Antes la gente decía que me interesaba y me entusiasmaba demasiado por muchas cosas.
57. He perdido el apetito por completo, y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
58. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
59. No puedo sentir mucho placer porque no creo que lo merezca.
60. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de decidir por mí mismo.
61. Consumir drogas me ha causado discusiones con mi familia.
62. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora sigue presente en mis pensamientos y me obsesiona.
63. La mayoría de la gente me considera una persona prudente y cuidadosa.
64. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
65. He tenido problemas con la ley un par de veces.
66. He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
67. Estoy muy seguro de mí mismo.
68. La gente intenta hacerme creer que estoy loco.
69. Me doy atracones de comida un par de veces a la semana.
70. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
71. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
72. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y entro en pánico.

73. La gente dice que soy una persona formal y con valores morales.
74. Me cuesta controlar mi ira.
75. Soy una persona muy optimista.
76. Años después, aún tengo pesadillas sobre un hecho que fue una amenaza real para mi vida.
77. Me parece que necesito que alguien me oriente para hacer las cosas.
78. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme la vida.
79. Hay mala gente que intenta llevarse el mérito de lo que he hecho o pensado.
80. Últimamente estoy destrozado.
81. Consumir drogas puede ser irresponsable, pero en el pasado las he necesitado.
82. Soy una persona muy variable, cambio de opinión y sentimientos continuamente.
83. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
84. Cuando estoy en una fiesta, nunca me aísla de los demás.
85. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
86. Algunas veces me provocho el vómito después de comer.
87. Soy una persona especial, así que no me importa lo que piensen los demás.
88. Observo atentamente a mi familia para saber en quién se puede confiar y en quién no.
89. Ciertos pensamientos vuelven a mi mente una y otra vez.
90. Pocas cosas en la vida me resultan placenteras.
91. Me siento agitado y me cuesta conciliar el sueño porque tengo recuerdos dolorosos dando vueltas en mi cabeza.
92. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
93. Nunca he podido dejar de sentir que no valgo nada para los demás.
94. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
95. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
96. La mayoría de las personas que han triunfado han tenido suerte o han sido deshonestas.
97. A menudo irrito a la gente dándoles órdenes.
98. No he visto un coche en los últimos diez años.
99. Siempre me siento cohibido y tenso en las reuniones sociales.
100. Creo que provocho situaciones en las que resulto herido o me siento rechazado.
101. Me siento profundamente deprimido sin saber por qué.
102. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
103. A menudo disfruto provocando una discusión o una pelea.
104. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.
105. El consumo de drogas me ha causado muchos problemas.
106. A menudo me echan la culpa por cosas de las que no soy responsable.
107. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir extremadamente deprimido.
108. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa.
109. Yo nunca podría arreglármelas solo.
110. Mi cabeza no funciona bien desde que hace unos años tuve una lesión cerebral.
111. Me siento solo y vacío la mayor parte del tiempo.
112. La gente se burla de mí a mis espaldas.
113. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
114. Estas últimas semanas me he sentido cada vez más triste.
115. Me enfurezco rápidamente con la gente que me molesta.

116. A veces no he podido pasar el día sin tomar drogas.
117. Me gusta mucho coquetear.
118. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
119. Mis emociones no parecen ser tan intensas como las del resto de la gente.
120. Me siento débil y cansado la mayor parte del tiempo.
121. Ideas extrañas entran en mi mente, dan vueltas y vueltas en mi cabeza, y no desaparecen.
122. Los demás tienen oportunidades que yo no tengo.
123. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
124. He tomado medicación que no me habían recetado.
125. Mi vida actual todavía se ve afectada por recuerdos e imágenes de algo terrible que me pasó.
126. A menudo echo a perder las cosas buenas que me ocurren.
127. Voces malvadas intentan apoderarse de mi mente.
128. Me siento muy culpable cuando pierdo el control.
129. Mi entusiasmo por el trabajo que hago nunca disminuye.
130. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, en cierto modo, me he convertido en un alcohólico.
131. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
132. Animo a los demás a que admiren lo que digo o hago.
133. Dejo de hacer cosas si tengo que hacerlas solo.
134. He intentado suicidarme.
135. Soy una persona miedosa y reservada.
136. A las personas que supuestamente son mis amigos les gustaría hacerme daño.
137. A menudo me dejo llevar por la rabia y luego me siento muy culpable.
138. A menudo oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
139. Aparte de mi familia, tengo muy pocos amigos íntimos.
140. La desorganización me hace sentir muy incómodo.
141. A menudo critico mucho a la gente que me irrita.
142. Tengo muchas cualidades que los demás querrían tener.
143. Terribles acontecimientos de mi pasado reaparecen obsesivamente en mis pensamientos y sueños.
144. Sé que he gastado más dinero en droga del que debería.
145. A menudo, y antes de darme cuenta, me pongo a gritar enfadado a mis amigos y familiares.
146. Me preocupa que mi cuerpo se desgaste rápidamente.
147. Está bien burlar la ley si es poco probable que te atrapen.
148. Creo que hay una conspiración contra mí.
149. Soy una persona solitaria y no me molesta.
150. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
151. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
152. Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quería.
153. Pocas veces creo lo que la gente me dice.
154. Soy una persona muy sociable y extrovertida.
155. Me entusiasmo con casi todo lo que hago.
156. Estoy confundido sobre quién soy.
157. Odio pensar en el maltrato que sufrí en la infancia.
158. Nunca infringiría la ley, aunque pudiera salir impune.

159. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí.
160. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
161. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
162. Preferiría seguir a alguien antes que ser yo el líder.
163. A menudo me vienen ideas a la mente mucho más rápido de lo que puedo expresarlas.
164. A menudo me siento tan mal que quiero hacerme daño de verdad.
165. Algunas personas dicen que soy extraño o raro.
166. A veces encuentro consuelo en mi sufrimiento.
167. A menudo creo que me han tratado injustamente.
168. Muestro mi enfado rápidamente a las personas que no están de acuerdo conmigo.
169. Casi siempre me siento culpable sin ninguna razón aparente.
170. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y parece que no consigo animarme.
171. Sé cómo seducir a la gente.
172. Siempre he tenido que estar atento a la gente que intenta engañarme.
173. Siempre estoy dispuesto a aceptar lo que a los demás les gustaría hacer.
174. Afronto todos los retos de la vida con una actitud valiente y enérgica.
175. Nunca siento que tenga algo interesante que aportar a una conversación.
176. Si un medicamento no me hace efecto, es probable que lo tome con más frecuencia o aumente la dosis.
177. En muchos periodos de mi vida he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
178. A menudo me siento muy infeliz conmigo mismo.
179. No me gusta cambiar mi rutina.
180. No necesito tener amigos íntimos como tienen los demás.
181. A veces me ha reconfortado herirme físicamente.
182. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
183. Cuando quiero, se me da bastante bien engañar a la gente.
184. Incluso cuando las cosas van bien, creo que pronto irán mal.
185. Se me da muy bien animar y motivar a los demás.
186. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
187. A menudo estoy irritable y de mal humor.
188. Siempre intento acabar mi trabajo antes de dedicar tiempo a actividades de ocio.
189. Solo las personas excepcionales pueden comprender mis capacidades.
190. Realmente no entiendo los sentimientos humanos como los entienden los demás.
191. Demasiadas normas impiden que haga lo que quiero.
192. A veces siento que merezco ser infeliz.
193. He estado abatido y triste gran parte de mi vida.
194. Tiendo a estar de acuerdo con las opiniones de los demás.
195. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me rechazará.

Composición de las escalas

Patrones de la personalidad

Síndromes clínicos

Escalas de validez

Facetas de Grossman

Respuestas significativas

Patrones de la personalidad

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
1	Esquizoide	15	23	6, 15, 17, 24, 30, 43, 70, 90, 92, 119, 139, 149, 154, 180, 190
2A	Evitativo	18	24	5, 12, 23, 24, 26, 46, 52, 67, 92, 93, 99, 112, 135, 154, 178, 184, 193, 195
2B	Melancólico	19	28	17, 22, 23, 39, 51, 53, 59, 70, 71, 90, 93, 111, 126, 169, 170, 175, 178, 184, 193
3	Dependiente	14	23	4, 5, 23, 42, 60, 67, 72, 77, 109, 133, 162, 173, 175, 194
4A	Histriónico	17	24	6, 8, 10, 15, 24, 26, 30, 46, 75, 84, 117, 139, 154, 155, 171, 178, 195
4B	Tempestuoso	17	25	8, 20, 26, 30, 46, 53, 67, 75, 84, 120, 129, 142, 154, 155, 174, 178, 185
5	Narcisista	16	26	10, 19, 29, 38, 54, 67, 83, 87, 106, 117, 132, 142, 159, 171, 189, 191
6A	Antisocial	14	21	11, 19, 36, 38, 48, 65, 83, 105, 147, 152, 158, 159, 183, 191
6B	Sádico	14	22	9, 11, 16, 21, 50, 66, 74, 97, 103, 115, 141, 145, 152, 172
7	Compulsivo	13	23	2, 35, 48, 63, 73, 83, 128, 140, 147, 152, 158, 179, 188
8A	Negativista	18	26	17, 21, 32, 37, 52, 79, 82, 88, 96, 97, 100, 122, 137, 167, 168, 172, 184, 187
8B	Masoquista	18	25	4, 12, 20, 23, 39, 59, 70, 75, 85, 93, 100, 126, 156, 164, 166, 178, 192, 195
S	Esquizotípico	21	29	13, 18, 24, 44, 58, 70, 90, 92, 93, 112, 121, 123, 126, 148, 156, 163, 165, 167, 172, 190, 195
C	Límite	20	27	4, 16, 18, 37, 59, 70, 80, 82, 93, 100, 111, 126, 134, 137, 156, 164, 166, 178, 192, 193
P	Paranoide	16	24	13, 21, 24, 52, 68, 79, 88, 96, 104, 136, 148, 153, 167, 172, 180, 195

Síndromes clínicos

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
A	Ansiedad generalizada	13	19	31, 33, 41, 44, 51, 72, 89, 91, 108, 109, 113, 123, 143
H	Síntomas somáticos	10	15	1, 7, 20, 28, 41, 57, 113, 118, 120, 146
N	Espectro bipolar	13	19	3, 27, 37, 50, 54, 56, 82, 83, 105, 108, 155, 163, 177
D	Depresión persistente	21	27	14, 17, 28, 34, 39, 51, 64, 71, 75, 77, 85, 93, 101, 111, 114, 118, 120, 151, 170, 178, 193
B	Consumo de alcohol	8	13	25, 45, 65, 83, 94, 126, 130, 161
T	Consumo de drogas	11	18	11, 36, 61, 65, 81, 105, 116, 124, 144, 152, 158
R	Estrés postraumático	14	19	44, 47, 57, 62, 74, 76, 89, 91, 110, 113, 125, 143, 150, 157
SS	Espectro esquizofrénico	21	27	18, 24, 33, 52, 58, 80, 82, 89, 92, 95, 104, 121, 123, 131, 136, 138, 148, 156, 165, 172, 182
CC	Depresión mayor	17	24	1, 22, 28, 41, 57, 59, 64, 70, 78, 80, 101, 107, 111, 114, 118, 120, 170
PP	Delirante	14	19	13, 54, 68, 79, 88, 95, 112, 121, 127, 136, 148, 172, 182, 189

Escalas de validez

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
V	Invalidez	3	3	49, 98, 160
W	Inconsistencia	50	25	(22-170), (125-143), (47-157), (40-181), (81-116), (85-126), (76-150), (25-94), (44-121), (39-59), (17-184), (33-89), (78-164), (38-171), (74-115), (46-154), (26-99), (20-174), (32-122), (13-112), (55-110), (173-194), (95-127), (60-162), (15-149)
X	Sinceridad	121	121	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 60, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 103, 105, 106, 109, 111, 112, 115, 117, 119, 120, 122, 126, 128, 129, 132, 133, 135, 137, 139, 140, 141, 142, 145, 147, 149, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 162, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 178, 179, 180, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195
Y	Deseabilidad social	24	24	2, 3, 8, 20, 30, 46, 65, 67, 71, 73, 75, 84, 90, 99, 154, 155, 158, 159, 162, 173, 174, 185, 187, 188
Z	Devaluación	30	30	1, 14, 16, 17, 18, 22, 28, 31, 32, 34, 37, 39, 41, 44, 51, 64, 74, 78, 80, 101, 107, 109, 112, 113, 120, 151, 164, 170, 178, 193

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
1.1	Interpersonalmente desvinculado	9	9	12, 15, 24, 104, 149, 154, 180, 185, 190
1.2	Contenido escaso	9	9	26, 30, 46, 67, 99, 139, 175, 178, 195
1.3	Temperamentalmente apático	9	9	6, 17, 43, 70, 90, 92, 111, 118, 119
2A.1	Interpersonalmente aversivo	8	8	15, 26, 30, 46, 84, 99, 139, 154
2A.2	Autoimagen alienada	9	9	23, 58, 67, 111, 135, 156, 178, 192, 193
2A.3	Contenido vejatorio	9	9	5, 12, 24, 52, 92, 93, 112, 184, 195
2B.1	Cognitivamente fatalista	9	9	17, 23, 33, 51, 52, 71, 89, 126, 184
2B.2	Autoimagen inútil	9	9	39, 59, 93, 112, 169, 175, 178, 192, 195
2B.3	Temperamentalmente afligido	9	9	22, 53, 70, 90, 101, 107, 111, 170, 193
3.1	Expresivamente pueril	9	9	4, 5, 23, 51, 72, 99, 109, 135, 184
3.2	Interpersonalmente sumiso	7	7	26, 60, 162, 169, 173, 185, 194
3.3	Autoimagen inepta	9	9	42, 53, 67, 77, 85, 93, 133, 151, 175
4A.1	Expresivamente dramático	7	7	10, 38, 83, 117, 132, 142, 171
4A.2	Interpersonalmente buscador de atención	10	10	6, 15, 24, 26, 30, 46, 84, 139, 154, 195
4A.3	Temperamentalmente inconstante	12	12	8, 20, 27, 53, 67, 75, 135, 155, 170, 174, 178, 185
4B.1	Expresivamente impetuoso	8	8	8, 20, 53, 75, 129, 155, 174, 185
4B.2	Interpersonalmente eufórico	9	9	5, 10, 26, 30, 46, 84, 117, 149, 154
4B.3	Autoimagen sobreestimada	8	8	14, 67, 93, 120, 142, 156, 175, 178
5.1	Interpersonalmente explotador	9	9	10, 19, 38, 83, 117, 132, 159, 171, 183
5.2	Cognitivamente expansivo	10	10	8, 67, 75, 93, 142, 154, 155, 174, 178, 185
5.3	Autoimagen admirable	8	8	29, 54, 79, 87, 106, 180, 189, 191
6A.1	Interpersonalmente irresponsable	8	8	10, 38, 83, 103, 159, 171, 183, 188
6A.2	Autoimagen autónoma	10	10	11, 19, 48, 73, 147, 152, 153, 158, 168, 191
6A.3	Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	10	10	25, 36, 61, 63, 65, 85, 105, 126, 130, 144
6B.1	Expresivamente precipitado	11	11	9, 11, 65, 66, 88, 103, 152, 153, 159, 172, 191
6B.2	Interpersonalmente desagradable	7	7	19, 21, 50, 97, 141, 166, 187
6B.3	Arquitectura eruptiva	7	7	16, 37, 74, 115, 137, 145, 168
7.1	Expresivamente disciplinado	8	8	2, 20, 35, 63, 85, 118, 174, 188
7.2	Cognitivamente constreñido	12	12	23, 44, 51, 52, 99, 128, 131, 135, 137, 140, 169, 179

Escalas de validez

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
V	Invalidez	3	3	49, 98, 160
W	Inconsistencia	50	25	(22-170), (125-143), (47-157), (40-181), (81-116), (85-126), (76-150), (25-94), (44-121), (39-59), (17-184), (33-89), (78-164), (38-171), (74-115), (46-154), (26-99), (20-174), (32-122), (13-112), (55-110), (173-194), (95-127), (60-162), (15-149)
X	Sinceridad	121	121	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 60, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 103, 105, 106, 109, 111, 112, 115, 117, 119, 120, 122, 126, 128, 129, 132, 133, 135, 137, 139, 140, 141, 142, 145, 147, 149, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 162, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 178, 179, 180, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195
Y	Deseabilidad social	24	24	2, 3, 8, 20, 30, 46, 65, 67, 71, 73, 75, 84, 90, 99, 154, 155, 158, 159, 162, 173, 174, 185, 187, 188
Z	Devaluación	30	30	1, 14, 16, 17, 18, 22, 28, 31, 32, 34, 37, 39, 41, 44, 51, 64, 74, 78, 80, 101, 107, 109, 112, 113, 120, 151, 164, 170, 178, 193

Facetas de Grossman

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
1.1	Interpersonalmente desvinculado	9	9	12, 15, 24, 104, 149, 154, 180, 185, 190
1.2	Contenido escaso	9	9	26, 30, 46, 67, 99, 139, 175, 178, 195
1.3	Temperamentalmente apático	9	9	6, 17, 43, 70, 90, 92, 111, 118, 119
2A.1	Interpersonalmente aversivo	8	8	15, 26, 30, 46, 84, 99, 139, 154
2A.2	Autoimagen alienada	9	9	23, 58, 67, 111, 135, 156, 178, 192, 193
2A.3	Contenido vejatorio	9	9	5, 12, 24, 52, 92, 93, 112, 184, 195
2B.1	Cognitivamente fatalista	9	9	17, 23, 33, 51, 52, 71, 89, 126, 184
2B.2	Autoimagen inútil	9	9	39, 59, 93, 112, 169, 175, 178, 192, 195
2B.3	Temperamentalmente afligido	9	9	22, 53, 70, 90, 101, 107, 111, 170, 193
3.1	Expresivamente pueril	9	9	4, 5, 23, 51, 72, 99, 109, 135, 184
3.2	Interpersonalmente sumiso	7	7	26, 60, 162, 169, 173, 185, 194
3.3	Autoimagen inepta	9	9	42, 53, 67, 77, 85, 93, 133, 151, 175
4A.1	Expresivamente dramático	7	7	10, 38, 83, 117, 132, 142, 171
4A.2	Interpersonalmente buscador de atención	10	10	6, 15, 24, 26, 30, 46, 84, 139, 154, 195
4A.3	Temperamentalmente inconstante	12	12	8, 20, 27, 53, 67, 75, 135, 155, 170, 174, 178, 185
4B.1	Expresivamente impetuoso	8	8	8, 20, 53, 75, 129, 155, 174, 185
4B.2	Interpersonalmente eufórico	9	9	5, 10, 26, 30, 46, 84, 117, 149, 154
4B.3	Autoimagen sobreestimada	8	8	14, 67, 93, 120, 142, 156, 175, 178
5.1	Interpersonalmente explotador	9	9	10, 19, 38, 83, 117, 132, 159, 171, 183
5.2	Cognitivamente expansivo	10	10	8, 67, 75, 93, 142, 154, 155, 174, 178, 185
5.3	Autoimagen admirable	8	8	29, 54, 79, 87, 106, 180, 189, 191
6A.1	Interpersonalmente irresponsable	8	8	10, 38, 83, 103, 159, 171, 183, 188
6A.2	Autoimagen autónoma	10	10	11, 19, 48, 73, 147, 152, 153, 158, 168, 191
6A.3	Dinámicas de irreflexión (paso al acto)	10	10	25, 36, 61, 63, 65, 85, 105, 126, 130, 144
6B.1	Expresivamente precipitado	11	11	9, 11, 65, 66, 88, 103, 152, 153, 159, 172, 191
6B.2	Interpersonalmente desagradable	7	7	19, 21, 50, 97, 141, 166, 187
6B.3	Arquitectura eruptiva	7	7	16, 37, 74, 115, 137, 145, 168
7.1	Expresivamente disciplinado	8	8	2, 20, 35, 63, 85, 118, 174, 188
7.2	Cognitivamente constreñido	12	12	23, 44, 51, 52, 99, 128, 131, 135, 137, 140, 169, 179

Facetas de Grossman (continuación)

	Escala	Número de ítems	Puntuación directa máxima	Ítems
7.3	Autoimagen escrupulosa	9	9	19, 48, 73, 83, 147, 152, 158, 183, 191
8A.1	Expresivamente resentido	9	9	21, 32, 79, 88, 96, 100, 122, 167, 172
8A.2	Autoimagen descontenta	11	11	12, 17, 24, 34, 39, 51, 52, 59, 75, 153, 184
8A.3	Temperamentalmente irritable	10	10	9, 37, 74, 82, 97, 115, 137, 145, 168, 187
8B.1	Autoimagen desmerecedora	12	12	4, 12, 23, 39, 52, 59, 70, 93, 164, 178, 192, 195
8B.2	Arquitectura invertida	9	9	17, 40, 85, 100, 126, 156, 166, 167, 184
8B.3	Temperamentalmente disfórico	9	9	20, 53, 67, 75, 92, 107, 154, 155, 170
S.1	Cognitivamente circunstancial	9	9	18, 33, 44, 89, 92, 121, 123, 131, 163
S.2	Autoimagen disociada	11	11	5, 58, 70, 90, 93, 111, 126, 154, 156, 165, 195
S.3	Contenido caótico	11	11	13, 24, 68, 79, 88, 106, 112, 148, 167, 172, 190
C.1	Autoimagen inestable	8	8	14, 70, 101, 111, 151, 156, 170, 178
C.2	Arquitectura disgregada	11	11	4, 17, 39, 59, 93, 100, 126, 134, 166, 192, 193
C.3	Temperamentalmente lábil	10	10	16, 18, 37, 74, 80, 82, 115, 137, 164, 187
P.1	Expresivamente defensivo	9	9	12, 15, 21, 24, 104, 149, 153, 180, 195
P.2	Cognitivamente desconfiado	7	7	17, 52, 79, 88, 172, 182, 184
P.3	Dinámicas de proyección	10	10	13, 32, 68, 96, 106, 112, 122, 136, 148, 167

Respuestas significativas

Categoría	Número de ítems	Ítems
TDAH	6	56, 63, 77, 82, 92, 108
Espectro autista	7	92, 119, 138, 163, 165, 179, 190
Maltrato infantil	2	47, 157
Trastorno de la conducta alimentaria	4	69, 86, 102, 186
Falta de control emocional	8	27, 36, 45, 56, 72, 80, 127, 177
Explosiones de ira	6	11, 74, 115, 145, 168, 191
Preocupación por su salud	6	7, 41, 57, 113, 120, 146
Alienación interpersonal	4	4, 104, 182, 190
Abuso de la medicación	2	124, 176
Potencial conducta autodestructiva	12	14, 32, 34, 39, 59, 78, 101, 107, 114, 126, 151, 164
Conductas/tendencias autolesivas	2	40, 181
Lesión cerebral	2	55, 110
Tendencias vengativas	9	22, 37, 100, 103, 111, 136, 167, 178, 192

Ítems prototípicos de las escalas de los patrones de la personalidad

Escala 1: Esquizoide
Escala 2A: Evitativo
Escala 2B: Melancólico
Escala 3: Dependiente
Escala 4A: Histriónico
Escala 4B: Tempestuoso
Escala 5: Narcisista
Escala 6A: Antisocial
Escala 6B: Sádico
Escala 7: Compulsivo
Escala 8A: Negativista
Escala 8B: Masoquista
Escala S: Esquizotípico
Escala C: Límite
Escala P: Paranoide

Ítems prototípicos de las escalas de síndromes clínicos

Escala A: Ansiedad generalizada
Escala H: Síntomas somáticos
Escala N: Espectro bipolar
Escala D: Depresión persistente
Escala B: Consumo de alcohol
Escala T: Consumo de drogas
Escala R: Estrés postraumático
Escala SS: Espectro esquizofrénico
Escala CC: Depresión mayor
Escala PP: Delirante

Ítems prototípicos de las escalas de los patrones de la personalidad

Escala 1: Esquizoide

- 6. Raramente exteriorizo los pocos sentimientos que tengo.
- 15. Si puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 43. Parece que pocas cosas me entristecen o me alegran.
- 90. Pocas cosas en la vida me resultan placenteras.
- 119. Mis emociones no parecen ser tan intensas como las del resto de la gente.
- 139. Aparte de mi familia, tengo muy pocos amigos íntimos.
- 149. Soy una persona solitaria y no me molesta.
- 180. No necesito tener amigos íntimos como tienen los demás.

Escala 2A: Evitativo

- 5. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 12. Me da miedo hacerme muy amigo de alguien porque podría acabar sintiéndome ridiculizado o avergonzado.
- 26. Soy una persona socialmente muy reservada y tímida.
- 99. Siempre me siento cohibido y tenso en las reuniones sociales.
- 135. Soy una persona miedosa y reservada.
- 195. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me rechazará.

Escala 2B: Melancólico

- 23. Siempre tiendo a culparme cuando las cosas van mal.
- 51. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 71. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 93. Nunca he podido dejar de sentir que no valgo nada para los demás.
- 111. Me siento solo y vacío la mayor parte del tiempo.
- 169. Casi siempre me siento culpable sin ninguna razón aparente.
- 175. Nunca siento que tenga algo interesante que aportar a una conversación.
- 184. Incluso cuando las cosas van bien, creo que pronto irán mal.
- 193. He estado abatido y triste gran parte de mi vida.

Escala 3: Dependiente

- 4. Me preocupa que las personas de las que dependo me abandonen.
- 42. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
- 60. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de decidir por mí mismo.
- 77. Me parece que necesito que alguien me oriente para hacer las cosas.
- 109. Yo nunca podría arreglármelas solo.
- 133. Dejo de hacer cosas si tengo que hacerlas solo.
- 162. Preferiría seguir a alguien antes que ser yo el líder.
- 173. Siempre estoy dispuesto a aceptar lo que a los demás les gustaría hacer.
- 194. Tiendo a estar de acuerdo con las opiniones de los demás.

Escala 4A: Histriónico

- 10. Me gusta ser el centro de atención.
- 30. Siempre estoy buscando hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.
- 46. Hago amistades con mucha más facilidad que la mayoría de la gente que conozco.
- 84. Cuando estoy en una fiesta, nunca me aíso de los demás.
- 117. Me gusta mucho coquetear.
- 154. Soy una persona muy sociable y extrovertida.
- 171. Sé cómo seducir a la gente.

Escala 4B: Tempestuoso

- 8. Siempre busco oportunidades nuevas que me resulten emocionantes.
- 20. Afronto mis actividades diarias con mucha energía y persistencia.
- 53. Mis actividades cotidianas me animan y motivan.
- 75. Soy una persona muy optimista.
- 129. Mi entusiasmo por el trabajo que hago nunca disminuye.
- 155. Me entusiasmo con casi todo lo que hago.
- 174. Afronto todos los retos de la vida con una actitud valiente y enérgica.
- 185. Se me da muy bien animar y motivar a los demás.

Escala 5: Narcisista

- 29. Mi tiempo es más valioso que el de los demás.
- 38. Utilizo mi encanto para conseguir lo que quiero.
- 54. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 67. Estoy muy seguro de mí mismo.
- 87. Soy una persona especial, así que no me importa lo que piensen los demás.
- 106. A menudo me echan la culpa por cosas de las que no soy responsable.
- 132. Animo a los demás a que admiren lo que digo o hago.
- 142. Tengo muchas cualidades que los demás querrían tener.
- 159. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí.
- 189. Solo las personas excepcionales pueden comprender mis capacidades.

Escala 6A: Antisocial

- 11. De adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en la escuela o instituto.
- 19. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
- 65. He tenido problemas con la ley un par de veces.
- 83. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 147. Está bien burlar la ley si es poco probable que te atrapen.
- 183. Cuando quiero, se me da bastante bien engañar a la gente.
- 191. Demasiadas normas impiden que haga lo que quiero.

Escala 6B: Sádico

- 9. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 50. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 66. He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 97. A menudo irrito a la gente dándoles órdenes.
- 103. A menudo disfruto provocando una discusión o una pelea.
- 115. Me enfurezco rápidamente con la gente que me molesta.
- 141. A menudo critico mucho a la gente que me irrita.
- 152. Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quería.

Escala 7: Compulsivo

- 2. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 35. Intento hacerlo todo tan perfecto como sea posible.
- 48. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 63. La mayoría de la gente me considera una persona prudente y cuidadosa.
- 73. La gente dice que soy una persona formal y con valores morales.
- 128. Me siento muy culpable cuando pierdo el control.
- 140. La desorganización me hace sentir muy incómodo.
- 158. Nunca infringiría la ley, aunque pudiera salir impune.
- 179. No me gusta cambiar mi rutina.
- 188. Siempre intento acabar mi trabajo antes de dedicar tiempo a actividades de ocio.

Escala 8A: Negativista

- 17. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 32. Simplemente, no he tenido la suerte que otras personas han tenido en la vida.
- 82. Soy una persona muy variable, cambio de opinión y sentimientos continuamente.
- 96. La mayoría de las personas que han triunfado han tenido suerte o han sido deshonestas.
- 122. Los demás tienen oportunidades que yo no tengo.
- 137. A menudo me dejo llevar por la rabia y luego me siento muy culpable.
- 167. A menudo creo que me han tratado injustamente.
- 187. A menudo estoy irritable y de mal humor.

Escala 8B: Masoquista

- 39. A menudo pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 59. No puedo sentir mucho placer porque no creo que lo merezca.
- 85. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.

- 100. Creo que provoco situaciones en las que resulto herido o me siento rechazado.
- 126. A menudo echo a perder las cosas buenas que me ocurren.
- 166. A veces encuentro consuelo en mi sufrimiento.
- 192. A veces siento que merezco ser infeliz.

Escala S: Esquizotípico

- 13. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 24. Hace mucho tiempo decidí que es mejor tener poca relación con la gente.
- 44. A menudo tengo pensamientos extraños de los que desearía librarme.
- 92. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 112. La gente se burla de mí a mis espaldas.
- 156. Estoy confundido sobre quién soy.
- 165. Algunas personas dicen que soy extraño o raro.
- 190. Realmente no entiendo los sentimientos humanos como los entienden los demás.

Escala C: Límite

- 16. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
- 18. A veces, cuando las cosas empiezan a irme mal, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 37. Mi estado de ánimo varía mucho de un día para otro.
- 70. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 134. He intentado suicidarme.
- 164. A menudo me siento tan mal que quiero hacerme daño de verdad.
- 178. A menudo me siento muy infeliz conmigo mismo.

Escala P: Paranoide

- 21. Nunca perdono una ofensa ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 52. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 79. Hay mala gente que intenta llevarse el mérito de lo que he hecho o pensado.
- 88. Observo atentamente a mi familia para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 104. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 136. A las personas que supuestamente son mis amigos les gustaría hacerme daño.
- 153. Pocas veces creo lo que la gente me dice.
- 172. Siempre he tenido que estar atento a la gente que intenta engañarme.

Ítems prototípicos de las escalas de síndromes clínicos

Escala A: Ansiedad generalizada

- 31. Desde hace unas semanas estoy muy nervioso.
- 72. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y entro en pánico.
- 89. Ciertos pensamientos vuelven a mi mente una y otra vez.
- 113. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 123. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 143. Terribles acontecimientos de mi pasado reaparecen obsesivamente en mis pensamientos y sueños.

Escala H: Síntomas somáticos

- 7. Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino.
- 28. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo en particular.
- 41. Tengo la sensación de que no duermo, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 120. Me siento débil y cansado la mayor parte del tiempo.
- 146. Me preocupa que mi cuerpo se desgaste rápidamente.

Escala N: Espectro bipolar

- 3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 27. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 56. Antes la gente decía que me interesaba y me entusiasmaba demasiado por muchas cosas.
- 108. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa.
- 163. A menudo me vienen ideas a la mente mucho más rápido de lo que puedo expresarlas.
- 177. En muchos periodos de mi vida he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.

Escala D: Depresión persistente

- 14. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 34. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 64. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 118. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 151. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 170. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y parece que no consigo animarme.

Escala B: Consumo de alcohol

- 25. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
- 45. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber alcohol en exceso.
- 94. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 130. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, en cierto modo, me he convertido en un alcohólico.
- 161. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.

Escala T: Consumo de drogas

- 36. Mi adicción a las drogas hizo que faltara al trabajo.
- 61. Consumir drogas me ha causado discusiones con mi familia.
- 81. Consumir drogas puede ser irresponsable, pero en el pasado las he necesitado.
- 105. El consumo de drogas me ha causado muchos problemas.
- 116. A veces no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 124. He tomado medicación que no me habían recetado.
- 144. Sé que he gastado más dinero en droga del que debería.

Escala R: Estrés postraumático

- 62. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora sigue presente en mis pensamientos y me obsesiona.
- 76. Años después, aún tengo pesadillas sobre un hecho que fue una amenaza real para mi vida.
- 91. Me siento agitado y me cuesta conciliar el sueño porque tengo recuerdos dolorosos dando vueltas en mi cabeza.
- 125. Mi vida actual todavía se ve afectada por recuerdos e imágenes de algo terrible que me pasó.
- 150. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

Escala SS: Espectro esquizofrénico

- 33. Las ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 58. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 80. Últimamente estoy destrozado.
- 121. Ideas extrañas entran en mi mente, dan vueltas y vueltas en mi cabeza, y no desaparecen.
- 131. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 138. A menudo oigo cosas con tanta claridad que me molesta.

Escala CC: Depresión mayor

- 1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 22. Me siento extremadamente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 57. He perdido el apetito por completo, y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 78. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme la vida.
- 101. Me siento profundamente deprimido sin saber por qué.
- 107. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir extremadamente deprimido.
- 114. Estas últimas semanas me he sentido cada vez más triste.

Escala PP: Delirante

- 68. La gente intenta hacerme creer que estoy loco.
- 95. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 127. Voces malvadas intentan apoderarse de mi mente.
- 148. Creo que hay una conspiración contra mí.
- 182. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.

Tablas de conversión

Tabla D.1. Conversión de puntuación directa a tasa base para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos

Tabla D.2. Conversión de tasa base ajustada a percentil para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos

Tabla D.3. Conversión de puntuación directa a tasa base para las escalas X, Y y Z

Tabla D.4. Conversión de puntuación directa a tasa base y percentil para las facetas de Grossman

Tabla D.1. Conversión de puntuación directa a tasa base para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos

Punt. Directa	Tasa base																								
	1	2A	2B	3	4A	4B	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	7	6	5	6	7	6	12	20	10	4	7	8	6	8	9	8	10	10	5	60	60	12	7	9	30
2	13	12	10	12	13	12	24	40	20	8	13	15	12	15	17	15	20	20	10	68	62	24	13	17	60
3	20	18	15	18	20	18	36	60	30	11	20	23	18	23	26	23	30	30	15	75	64	36	20	26	62
4	27	24	20	24	27	24	48	62	40	15	27	30	24	30	34	30	40	40	20	85	66	48	27	34	64
5	33	30	25	30	33	30	60	64	50	19	33	38	30	38	43	38	50	50	25	88	68	60	33	43	66
6	40	36	30	36	40	36	62	66	60	23	40	45	36	45	51	45	60	60	30	92	69	62	40	51	69
7	47	42	35	42	47	42	64	69	62	26	47	53	42	53	60	53	64	63	35	95	71	64	47	60	71
8	53	48	40	48	53	48	66	71	63	30	53	60	48	60	63	60	68	66	40	98	73	66	53	62	73
9	60	54	45	54	60	54	69	73	65	34	60	62	54	62	66	75	71	69	45	102	75	68	60	64	75
10	63	60	50	60	63	60	71	75	67	38	62	63	60	64	69	78	75	72	50	105	78	69	62	66	78
11	65	75	55	68	65	61	73	78	68	41	64	65	62	66	72	80	80	75	55	108	82	71	64	69	80
12	68	77	60	75	68	63	75	82	70	45	66	67	63	68	75	83	85	80	60	112	85	73	66	71	83
13	70	78	65	78	70	64	78	85	72	49	69	68	65	69	78	85	95	85	63	115	90	75	68	73	85
14	73	80	70	80	73	65	80	89	73	53	71	70	66	71	82	90	105	90	66		95	80	69	75	90
15	75	82	75	83	75	67	83	93	75	56	73	72	68	73	85	95	115	95	69		100	85	71	78	95
16	78	83	76	85	78	68	85	96	78	60	75	73	69	75	88	100		100	72		105	93	73	82	100
17	82	85	78	89	80	70	88	100	82	64	78	75	71	78	92	105		105	75		110	100	75	85	105
18	85	89	79	94	83	71	91	104	85	68	80	78	72	82	95	110		110	78		115	108	80	89	110
19	91	94	80	98	85	72	94	108	93	71	83	80	74	85	98	115		115	80			115	85	94	115
20	97	98	81	102	88	74	97	111	100	75	85	83	75	89	102				83				89	98	
21	103	102	83	106	91	75	100	115	108	80	90	85	78	93	105				85				93	102	
22	109	106	84	111	94	80	103		115	85	95	93	82	96	108				90				96	106	
23	115	111	85	115	97	85	106			100	100	100	85	100	112				95				100	111	
24		115	91		100	93	109				105	108	90	104	115				100				104	115	
25			97			100	112				110	115	95	108					105				108		
26			103				115				115		100	111					110				111		
27			109										105	115					115				115		
28			115										110												
29													115												

Tabla D.2. Conversión de tasa base ajustada a percentil para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos

Percentil	Tasa base ajustada																											
	1	2A	2B	3	4A	4B	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP			
1	0-19																											
2	0-6	0-5	0-5			20-24																						
3	-	-	6-9			25-28									0	0									0			
4	-	-	10-11		0-5	0-4	29									1	0		0	1-9		1-4	1					
5	7-12	6-7	0	-	-	5	30-31									2	0-2	1	-	0-1		-	-	2-6				
6	-	8-11	1-2	-	-	-	0									32-33	3-6	3-7	2-5	1-4	2-7		-	-	-			
7	-	-	3-4	12-14	6	6	1									-	-	-	-	5-7	0	-	-	-	-			
8	-	-	5-6	15-17	-	7-10	2-9									-	-	-	-	-	-	-	10	5-6	0		7-8	
9	13-19	-	7-9	18	7-8	11	-									34-36	7-8	-	6-7	-	1	-	11-19	7-9	1		9-12	
10	-	12-17	-	19-23	9-11	-	0	-									37	9-12	8-10	8-11	-	2-8	8-14	-	-	2-11	-	
11	-	-	-	-	12	-	1-2	0	-	-	-	11-14	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-				
12	-	-	-	-	-	-	3-11	1-15	-	38-39	-	-	-	8	-	-	1-9	-	-	-	-	-	-					
13	20	-	10-11	-	-	12-13	-	16-18	10-18	40	13	-	-	9-14	-	-	-	-	10	-	-	13	0					
14	21-26	-	12-14	24	13-18	14-16	-	19	19	-	14-19	-	12-13	-	-	15	-	-	11-14	-	-	14-19	1					
15	-	-	-	25-29	19	17	12-22	-	-	-	-	15	14-17	-	9-16	16-22	-	20-28	-	-	-	2-7						
16	-	18-23	-	-	-	-	23	-	-	41	-	16-22	-	-	-	-	-	29	-	-	-	8						
17	-	-	15-17	-	-	-	-	-	-	42-43	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	0						
18	27	-	18-19	-	20-25	-	-	-	-	44	-	-	18-23	15	-	-	-	-	15-19	-	-	-						
19	28-31	-	-	-	26	18-22	-	-	-	-	20-26	-	-	16-22	-	23	11-18	-	-	-	13-23	-	1					
20	32	24-27	20-23	30-32	-	-	-	-	-	45-47	-	-	-	-	-	24-29	19	-	-	-	-	20-26	-	2-28				
21	-	28-29	24	33-35	-	23	-	-	-	48	-	-	-	-	-	-	-	-	20-24	-	-	9-10	29					
22	-	-	-	-	-	-	-	-	20-21	-	-	23-26	-	-	-	-	-	30	-	-	-	11-16	-					
23	-	-	25-28	-	-	-	-	-	22-28	-	-	27-29	-	-	-	-	-	31-38	-	-	-	27	-					
24	-	-	29	-	27-28	24-28	-	-	29	-	27-32	-	24-29	23-29	17-25	-	-	39	25-28	0	-	28-32	-					
25	-	30-34	-	36-40	29-31	29	24-25	20-21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	1-4	-	-	-					
26	33-38	35	-	41	32	-	26-27	22-38	-	49-50	-	-	-	-	-	30-37	-	-	-	5-58	-	-	-					
27	39	-	-	-	-	-	28-34	39	-	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-					
28	-	-	30-31	-	-	30	35	-	-	52	-	30-31	-	-	-	-	20	-	30-34	-	24-34	34-39	17-25					
29	-	-	32-34	-	-	31-34	-	-	-	-	33-39	32-37	30-34	30	26-33	-	21-28	-	-	-	35	-	-					
30	-	-	-	-	33-38	35	-	-	30-39	-	-	-	35	31-37	-	-	29	40-48	-	59	-	-	-					

Tabla D.2. Conversión de tasa base ajustada a percentil para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos (continuación)

Percentil	Tasa base ajustada																								
	1	2A	2B	3	4A	4B	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP
31	40-45	36-39	-	-	39	-	-	-	-	53-54	-	-	-	-	-	38-43	-	-	35-39	-	-	-	-	-	-
32	46	40-41	35-38	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	49	-	-	-	-	-	26-32	-
33	-	-	39	43-47	-	36-38	36	-	-	55	40-46	38-44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40-45	33	-	-
34	-	-	-	-	-	39-41	37-46	-	-	-	-	-	36-41	-	-	-	-	-	0	-	-	46	-	-	-
35	-	-	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-	-	38-43	-	-	30-38	-	40-44	-	-	-	-	-	-
36	47-51	-	-	-	40-45	42-43	-	-	-	-	-	-	-	44	34-42	-	39	-	-	1	-	36-46	-	-	-
37	52	42-46	40-44	-	46	44-46	-	-	40	-	-	-	-	-	-	45-51	-	-	-	2-57	-	47	-	-	-
38	-	47	-	48-49	-	47	-	-	41-48	-	47-51	-	-	-	-	52	-	50	-	58	-	-	-	34-42	30-31
39	-	-	-	50-53	-	-	-	40-42	49	-	52	45-51	42-47	-	-	-	-	51-58	-	-	-	47-51	-	32-58	-
40	-	-	45-49	-	47	-	-	43-58	-	56-57	-	52	-	45-52	-	-	-	-	45-48	-	-	-	52	-	59
41	-	48	-	-	48-51	48-51	-	-	-	58	-	-	-	-	-	-	-	59	49	-	-	-	-	-	-
42	53-58	49-52	-	-	52	52	-	59	-	-	-	-	-	-	43-50	-	40-49	-	-	-	-	48	-	43-49	-
43	59	53	-	-	-	53	48-58	-	-	59	53-59	-	48-53	-	-	-	-	-	-	-	-	49-58	-	50	-
44	-	-	50-54	54	-	-	59	-	50-58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	-	-	-
45	-	-	-	55-58	53-54	-	-	-	-	-	-	53-58	-	53-59	-	53-58	-	-	50-54	59	-	-	53-59	51	-
46	-	54-58	-	59	55-58	54-57	-	-	59	-	-	59	-	-	-	59	50-58	-	-	-	-	-	-	52-59	-
47	-	59	55-59	-	59	58	-	-	-	60-62	-	-	54-58	-	51-58	-	59	-	-	-	-	-	-	-	-
48	60-61	-	-	-	-	59	-	-	-	-	60-61	-	59	-	59	-	-	60-61	55-59	-	60	-	-	-	-
49	62	-	-	-	-	-	60	-	-	63	-	-	-	60-61	-	-	-	62	-	-	-	-	60	60-61	-
50	-	60-70	-	-	60-61	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	60-62	-	60-62	-	-	60	61	-	-
51	-	71-73	60-64	60-66	-	60	61	-	-	-	-	60-61	60	-	-	60-61	-	-	-	-	-	61	-	-	60
52	-	74	-	-	62	-	-	61	60	-	62	-	61	-	60-61	62-74	63	-	-	-	61	-	-	62	-
53	-	-	-	67	-	-	-	-	61	-	63	-	-	62-63	62	-	-	-	63-65	-	-	-	-	63	61
54	63	-	65-68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	-	75	69	-	-	61-62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63-64	66-67	-	-	62	-	64-65	-
56	64	76	-	-	63	-	62	-	-	-	-	62	62	-	-	-	64-66	-	68	-	-	63	62	-	-
57	-	-	70-74	68-72	-	-	63	-	-	-	64	-	-	64	63-64	75-76	67	65	-	-	-	-	63	66-68	-
58	-	-	-	73	64	-	-	-	-	-	65	-	-	65	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	-	-	-	74	-	-	-	-	-	64-65	-	-	63	-	-	77	-	-	69-70	-	-	-	-	69	-
60	-	-	-	-	-	63	-	62	62	66	-	63	64	-	-	-	-	-	71	-	-	64	-	70	-

Tabla D.2. Conversión de tasa base ajustada a percentil para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos (continuación)

Percentil	Tasa base ajustada																								
	1	2A	2B	3	4A	4B	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP
61	65-66	77	75	-	-	-	64	-	-	-	-	64	-	66	-	-	-	-	-	62	65	64	-	62	
62	67	-	-	-	65-66	-	-	63	-	67	-	-	-	67	66	-	-	-	72-74	-	-	-	65	71	-
63	-	-	76	75-76	67	64	65	-	-	-	66-67	-	-	-	67	-	68	-	-	-	-	-	-	72	63
64	-	78	-	77	-	-	-	-	63	-	68	-	65	-	68	78	69	-	-	-	63	-	-	-	-
65	68	79	77	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-	68	-	-	70	66-67	75-76	60-64	-	66	-	-	-
66	-	-	-	-	-	65	-	-	64	-	-	66	-	-	-	-	-	-	77	65	-	67	66	73	-
67	69	-	-	-	68	66	-	64	-	-	-	-	66-67	-	-	79	-	68	-	66	-	-	67	74	-
68	-	80	78	78	69	-	66-67	-	-	68-69	69	-	-	-	69-70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	-	-	-	-	-	-	65	-	-	70	-	-	69	-	-	-	-	78	-	-	-	-	75	64
70	-	81	-	79	-	-	68	-	65	70	-	67	-	70	71	-	71	-	79	-	-	68	-	76-77	65
71	70-71	-	-	-	-	67	-	-	66	-	-	-	68	-	-	80-81	72	-	-	-	-	-	-	-	-
72	-	-	79	-	70-71	-	-	-	-	-	71	-	-	71	-	-	73	69-70	80	67	64	-	68	78-79	-
73	72	-	-	80-81	72	68	-	-	-	-	72	68	-	-	72-73	-	-	-	81	-	-	69	-	80	-
74	-	82	80	-	-	69	69	66-67	-	-	-	-	69	72	-	82	74	71	82	-	65	-	-	81	-
75	-	-	-	82	-	-	70	-	-	-	73	69	70	-	74	-	-	-	-	-	-	70	69	-	-
76	73	83	-	-	-	-	-	68	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	83	-	66	-	70	82-83	66-67
77	-	-	81	-	-	70	-	-	67	-	74	70	-	74	-	-	-	-	84	-	67	71	-	-	-
78	74	84	82	83	73	-	71	-	-	-	-	71	-	-	75-76	83	75-78	-	85-86	-	-	-	71	84	-
79	-	-	-	-	74	-	-	-	-	71-73	75	-	71	75-76	-	-	-	72-73	87-88	-	68	72	-	-	68
80	75-76	85-87	-	84	-	71	72	-	-	-	76	-	-	77	77	84	79	-	-	68-71	-	-	-	85-87	-
81	77	88	83	-	-	-	-	69-70	68	74	-	72	72	78-79	-	-	-	74	89	72-73	69-70	73	72	88	69
82	-	-	-	-	-	-	73	-	69	-	77	-	73	80	78-80	85-88	-	-	-	-	71	-	-	-	70
83	-	-	-	-	75-76	72-73	-	-	-	-	78	73	-	81	-	-	-	-	90-91	74	72	74	73	89-92	-
84	78-79	89-92	-	85-87	77	-	74	71	-	-	-	74	-	82-83	81	89	80-82	75-78	92-93	-	-	-	-	93	-
85	80	-	84	-	-	-	-	72	70	75-78	79	75	74	-	-	-	83	-	-	-	73-74	75-76	74	-	71
86	-	93	85-86	88	-	-	-	-	-	-	80	76	75-76	84	82-83	90-92	-	79	94	75-80	-	77-78	75-78	94-96	-
87	81	-	87-89	-	78	74	75-76	73	71	79	81	77	77	85-86	-	93	-	-	95-98	81-82	75-77	-	-	-	72
88	82-83	94-96	90	89-92	79	-	77	-	-	-	82	78	78-79	87	84	94	84	-	-	83-84	78-80	79	79	97	73
89	84	-	91-95	-	-	-	-	74	-	-	83	-	80	88	85-86	-	-	80-81	99	-	81-83	80-83	80-83	98-99	-
90	-	97	-	93	-	75-78	78	75-76	72	-	-	79	81	89-91	-	-	85-92	82-83	100-103	-	84	-	84	100	74

Tabla D.2. Conversión de tasa base ajustada a percentil para las escalas de patrones de personalidad y síndromes clínicos (*continuación*)

Percentil	Tasa base ajustada																								
	1	2A	2B	3	4A	4B	5	6A	6B	7	8A	8B	S	C	P	A	H	N	D	B	T	R	SS	CC	PP
91	85-89	98-99	96-98	-	80-82	79	79	77	-	-	84	80-81	82-83	-	87	95-98	93	84	-	85-86	-	84	85-87	101	75-76
92	-	100-101	99-101	-	-	-	80-81	78-80	73	-	85	-	84-86	92-93	88-89	-	-	-	104	87	85-89	85-89	-	-	77-78
93	90	-	-	94-96	83	80	82	81	74-75	-	86-88	82-83	87-88	94	90	-	94	85-87	105-107	88-90	90-93	90-91	88-89	102	79
94	91-95	102-104	102-104	97	84	81-84	83	82-83	76	-	-	84-87	-	95-97	91-92	99-101	95-101	88	108	91	94	-	90-91	103-104	80-81
95	96	105	105-107	-	85-87	-	84-86	84	77	-	89	88-91	89-91	98	93-94	102-103	102-103	89	-	92-93	95-98	92	92	-	82-83
96	97-101	106-109	108	98-101	-	-	87-89	85-87	78-80	80-84	90-93	92-94	92-93	99-102	-	-	104	90-92	109	94-97	99-101	93-95	93-94	105-107	84-87
97	-	-	109-110	102-104	-	85-92	90-92	88-91	81	85-95	94-95	95-98	94-98	103-105	95-96	104-107	-	93-94	110-112	98-101	102-104	96-98	95-98	108-110	88-89
98	102-107	110	111-113	105	88-92	-	93-95	92-94	82-88	96-99	96-101	99-106	99-103	106	97-100	108	105-113	95-99	113	102-104	105-108	99	99-101	111-113	90-93
99	108-115	111-115	114-115	106-115	93-100	93-100	96-115	95-115	89-115	100	102-115	107-115	104-115	107-115	101-115	109-115	114-115	100-115	114-115	105-115	109-115	100-115	102-115	114-115	94-115

Tabla D.3. Conversión de puntuación directa a tasa base para las escalas X, Y y Z

Punt. Directa	X	Y	Z	Punt. Directa	X	Punt. Directa	X
0		0	0	35	43	70	84
1		5	12	36	44	71	85
2		10	23	37	45	72	86
3		15	35	38	47	73	86
4		20	37	39	48	74	87
5		25	40	40	49	75	87
6		30	42	41	50	76	88
7	0	35	44	42	52	77	88
8	2	39	47	43	53	78	89
9	3	43	49	44	54	79	89
10	5	47	51	45	56	80	90
11	6	51	54	46	57	81	90
12	8	55	56	47	58	82	91
13	10	59	59	48	60	83	91
14	11	63	61	49	61	84	92
15	13	67	63	50	62	85	93
16	14	71	66	51	63	86	93
17	16	75	68	52	65	87	94
18	18	78	70	53	66	88	94
19	19	80	73	54	67	89	95
20	21	83	75	55	69	90	95
21	22	85	77	56	70	91	96
22	24	90	78	57	71	92	96
23	25	95	80	58	72	93	97
24	27	100	82	59	74	94	97
25	29		83	60	75	95	98
26	30		85	61	76	96	98
27	32		89	62	77	97	99
28	33		93	63	78	98	99
29	35		96	64	79	99 - 114	100
30	36		100	65	80		
31	38			66	80		
32	39			67	81		
33	40			68	82		
34	41			69	83		

Tabla D.4. Tabla D.4 Conversión de puntuación directa a tasa base y percentil para las facetas de Grossman

Faceta	Puntuación directa																									
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc
1.1	0	9	20	22	40	38	60	55	68	68	75	80	85	89	90	95	95	98	100	99						
1.2	0	3	15	10	30	20	45	35	60	48	65	59	70	71	75	82	85	93	100	99						
1.3	0	13	20	27	40	40	60	51	65	60	70	69	75	79	80	87	85	95	100	99						
2A.1	0	4	15	11	30	24	45	37	60	50	75	63	85	74	93	87	100	99								
2A.2	0	8	15	20	30	33	45	45	60	57	75	69	85	81	90	92	95	97	100	99						
2A.3	0	12	20	25	40	40	60	53	75	65	80	74	85	83	90	91	95	96	100	99						
2B.1	0	6	10	12	20	20	30	28	40	38	50	48	60	61	75	73	85	87	100	99						
2B.2	0	24	30	41	60	54	75	65	80	75	85	83	89	88	93	93	96	97	100	99						
2B.3	0	21	20	35	40	45	60	51	75	58	78	64	80	71	83	80	85	89	100	99						
3.1	0	6	12	14	24	23	36	34	48	49	60	64	75	77	85	88	93	97	100	99						
3.2	0	7	20	21	40	41	60	61	75	79	85	90	93	97	100	99										
3.3	0	10	15	22	30	35	45	46	60	58	75	70	85	80	90	88	95	97	100	99						
4A.1	0	31	60	54	68	70	75	81	85	89	90	95	95	98	100	99										
4A.2	0	7	15	15	30	25	45	35	60	47	65	58	70	68	75	80	85	91	93	98	100	99				
4A.3	0	5	12	15	24	25	36	34	48	43	60	52	64	60	68	68	71	75	75	81	85	90	93	96	100	99
4B.1	0	11	20	27	40	41	60	52	64	61	68	71	71	78	75	90	85	99								
4B.2	0	7	20	22	40	36	60	46	65	59	70	73	75	86	85	95	93	99	100	99						
4B.3	0	7	15	17	30	29	45	43	60	56	68	69	75	84	85	95	100	99								
5.1	0	26	60	47	65	64	70	76	75	84	80	90	85	95	90	98	95	99	100	99						
5.2	0	6	15	18	30	31	45	40	60	52	64	61	68	71	71	78	75	88	85	96	100	99				
5.3	0	26	60	50	65	69	70	80	75	90	85	96	90	99	95	99	100	99								
6A.1	0	21	60	47	65	65	70	79	75	88	85	94	90	98	95	99	100	99								
6A.2	0	16	30	37	60	60	65	76	70	86	75	93	85	97	89	99	93	99	96	99	100	99				
6A.3	0	27	60	48	64	71	68	81	71	87	75	90	80	93	85	96	90	99	95	99	100	99				
6B.1	0	11	20	26	40	42	60	55	64	70	68	81	71	87	75	93	85	97	90	99	95	99	100	99		
6B.2	0	22	60	43	64	63	68	77	71	88	75	95	85	99	100	99										
6B.3	0	25	60	47	64	60	68	71	71	80	75	89	85	97	100	99										

Tabla D.4. Tabla D.4 Conversión de puntuación directa a tasa base y percentil para las facetas de Grossman (continuación)

Faceta	Puntuación directa																									
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc	TB	Pc
7.1	0	1	12	6	24	16	36	26	48	45	60	61	75	75	85	88	100	99								
7.2	0	2	9	7	17	14	26	22	34	29	43	39	51	49	60	59	75	69	80	80	85	89	93	95	100	99
7.3	0	1	9	1	17	3	26	6	34	11	43	19	51	36	60	56	75	81	85	99						
8A.1	0	13	20	28	40	43	60	55	68	66	75	79	80	88	85	94	93	98	100	99						
8A.2	0	6	15	15	30	24	45	36	60	47	65	58	70	68	75	78	80	86	85	93	93	98	100	99		
8A.3	0	15	20	32	40	44	60	55	65	63	70	72	75	80	80	85	85	91	93	96	100	99				
8B.1	0	9	15	18	30	32	45	44	60	53	64	64	68	71	71	79	75	85	80	90	85	95	93	98	100	99
8B.2	0	13	20	25	40	37	60	49	65	60	70	71	75	82	80	91	85	97	100	99						
8B.3	0	7	12	17	24	23	36	33	48	44	60	54	65	64	70	75	75	89	85	99						
S.1	0	7	15	16	30	26	45	35	60	46	65	56	70	66	75	79	85	90	100	99						
S.2	0	12	20	27	40	38	60	47	63	57	66	65	69	73	72	81	75	87	85	93	93	98	100	99		
S.3	0	17	30	32	60	46	64	58	68	69	71	77	75	84	80	90	85	95	90	98	95	99	100	99		
C.1	0	20	20	35	40	45	60	52	65	61	70	69	75	78	85	89	100	99								
C.2	0	10	20	24	40	38	60	52	65	63	70	71	75	79	85	85	89	90	93	94	96	99	100	99		
C.3	0	16	20	31	40	44	60	54	65	64	70	73	75	82	85	88	90	93	95	98	100	99				
P.1	0	12	20	28	40	41	60	57	68	70	75	81	85	89	90	96	95	99	100	99						
P.2	0	18	30	32	60	50	68	66	75	80	85	91	93	97	100	99										
P.3	0	20	30	36	60	53	68	65	75	76	80	85	85	91	89	96	93	98	96	99	100	99				

Equipo de expertos de la adaptación española

Montserrat Alberte Montserrat, licenciada en Filología Hispánica y máster en Lingüística Computacional por la Universidad de Barcelona; editora, correctora y traductora.

Dr. Enrique J. Carbonell Vayá, especialista en Psicología Jurídica y máster en Psicología Clínica, Legal y Forense por la Universidad Complutense de Madrid; asesor en Psicología Jurídica-Forense del Decanato del Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana, secretario del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales de la Universidad de Valencia, director del Master Universitario en Criminología y Seguridad de la Universidad de Valencia.

Violeta Cardenal Hernáez, profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, investigadora en estilos y trastornos de personalidad.

Dr. José G. Franco Vásquez, psiquiatra, epidemiólogo, doctor en Neurociencias; profesor titular Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Dra. Ana M. Gaviria, psicóloga, máster en Epidemiología y doctora en Salud Mental: Genética y Ambiente; profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura.

Dra. Margarita Ortiz-Tallo, profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, especialista en psicología clínica.

Dra. M.^a Pilar Sánchez López, catedrática en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, directora del grupo de investigación consolidado EPSY (Estilos Psicológicos, Género y Salud), coordinadora de la Red internacional HYGEIA (Health & Gender International Alliance).

Louis-Charles Vannier, psicólogo, miembro del departamento Specialist Research & Psychometric Services de Pearson Clinical and Talent Assessment.

Criterios de inclusión

Los pacientes fueron seleccionados para formar parte de la muestra del MCMI-IV si cumplían los siguientes criterios:

- tener 18 años o más;
- estar recibiendo atención psicológica (evaluación o tratamiento psicológicos);
- haber sido diagnosticado de un trastorno psicológico basado en criterios del DSM-5 o de la CIE-10, o sospecharse la presencia del mismo;
- haber realizado al menos tres sesiones terapéuticas o de orientación psicológica con el profesional que cumplimentó el cuestionario para el clínico;
- castellano como lengua materna (hispanohablantes nativos);
- comprensión lectora mínima equivalente a educación primaria;
- no haber sido diagnosticado con discapacidad intelectual o física que interfiera en la evaluación;
- visión normal o corregida; y
- no estar muy familiarizado con los tests psicológicos.

Cuestionario para el clínico



Cuestionario para el clínico

N.º de examinador: _____ N.º de protocolo: _____ Código identificativo del sujeto: _____

Fecha de cumplimentación de este cuestionario: ____ / ____ / ____

Parte A

Responda a las siguientes preguntas basándose en la historia clínica del sujeto:

1. Marque el número de sesiones terapéuticas o de orientación psicológica que ha realizado con el sujeto.
(Nota: Se requiere haber realizado un mínimo de 3 sesiones antes de cumplimentar el «Cuestionario para el clínico».)

3-5 ☐ 6-8 ☐ 9-11 ☐ 12-14 ☐ 15 o más ☐

2. Marque si el sujeto ha sufrido alguna lesión cerebral traumática a lo largo de su vida; y, en caso afirmativo, marque su gravedad.

Traumatismo cerebral	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Especificar lesión y fecha (si se conocen)
Lesión abierta					
Lesión cerrada					

3. Marque si actualmente el sujeto está expuesto a alguno de los siguientes potenciales factores de estrés; y, en caso afirmativo, marque en qué medida.

Estresor	Ninguno	Leve	Moderado	Grave
Conflicto conyugal				
Divorcio/Separación				
Aislamiento social				
Laboral/Académico				
Legal/Judicial				
Enfermedad física				
Enfermedad familiar				
Económico				
Otro: _____				

4. Marque el nivel superior de funcionamiento social y emocional (comportamiento adaptativo) que el sujeto ha alcanzado en los últimos 12 meses.

☐	Excelente; sin déficits/dificultades
☐	Por encima de la media
☐	Medio
☐	Por debajo de la media
☐	Bajo; nivel de funcionamiento muy limitado

5. Situación actual (atención pública o privada):

☐ Paciente ambulatorio sin hospitalización previa	☐ Paciente ingresado en hospital psiquiátrico	☐ Paciente en centro penitenciario	☐ Otra _____
☐ Paciente ambulatorio con hospitalización previa	☐ Paciente ingresado en hospital general	☐ Paciente en clínica universitaria	

6. Diagnóstico(s) principal(es) DSM/CIE: _____

7. Diagnóstico(s) secundario(s) DSM/CIE: _____

8. Marque la duración del episodio más reciente:

☐ < 1 semana ☐ 1-3 meses ☐ 1-3 años (cíclico) ☐ 3-7 años (cíclico) ☐ Más de 7 años
☐ 1-4 semanas ☐ 3 meses-1 año ☐ 1-3 años (continuo) ☐ 3-7 años (continuo) ☐ No aplicable

Parte B

A continuación encontrará un listado de patrones de personalidad y síndromes clínicos, aunque probablemente la mayoría le resulten familiares, lea atentamente la descripción proporcionada para cada uno de ellos. Para cada patrón de personalidad y síndrome clínico debe indicar el nivel de disfunción del paciente siguiendo como referencia las descripciones que aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción del nivel de disfunción

Nivel	Descripción
0	Ninguno: el sujeto no presenta ningún rasgo o síntoma indicativo de un problema en esta área.
1	Leve: el sujeto presenta algunos rasgos o síntomas de un problema subyacente sin alcanzar un nivel clínico de disfunción.
2	Moderado: el sujeto presenta bastantes rasgos o síntomas de un problema subyacente que posiblemente afecta a sus hábitos y actividades cotidianas.
3	Grave: el sujeto presenta muchos rasgos o síntomas de un problema subyacente que posiblemente justificarían el diagnóstico formal de un trastorno clínico.
4	Diagnóstico DSM o CIE: el sujeto presenta muchos rasgos o síntomas de un problema subyacente y ha sido diagnosticado formalmente mediante sistemas DSM o CIE. El nivel 4 no es aplicable (N/A) a trastornos no incluidos en los sistemas DSM o CIE (p. ej. Entusiasta/Tempestuoso).

PATRONES DE PERSONALIDAD

Instrucciones: Para cada patrón de personalidad, marque con una X el nivel de disfunción que corresponda siguiendo las descripciones proporcionadas en la tabla 1. Haga *una sola marca* para cada patrón de personalidad.

Patrón de personalidad (Código DSM/CIE)	Descripción del patrón de personalidad	Nivel				
		0	1	2	3	4
Introverso/Esquizoide (301.20/F60.1)	Indiferencia y falta de interés por las relaciones sociales, afectividad plana y anhedonia. Incapacidad intrínseca aparente para experimentar y expresar emociones.					
Inhibido/Evitativo (301.82/F60.6)	Ansiedad social, reticencia por temor y baja autoestima. Acusada hipersensibilidad al rechazo personal y la evaluación negativa.					
Desanimado/Melancólico	Tristeza y pesimismo de forma habitual y duradera, con sentimientos generalizados de inutilidad, arrepentimiento y culpabilidad.					N/A
Cooperativo/Dependiente (301.6/F60.7)	Necesidad excesiva de que le cuiden, falta de confianza en sí mismo y conductas sumisas y de apego exagerado. Miedo subyacente de separación de las personas de apoyo.					
Sociable/Histriónico (301.50/F60.4)	Emociones exageradas y rápidamente cambiantes, conductas de búsqueda de atención social y conductas sexualmente seductoras. También destaca el dramatismo y una excesiva preocupación por mostrar un aspecto atractivo.					
Entusiasta/Tempestuoso	Euforia con estado de ánimo voluble, energía persistente e infatigable. Es jovialmente optimista y animado, frecuentemente muestra iniciativa y ocasionalmente es autoritario e intrusivo socialmente.					N/A
Confiado/Narcisista (301.81/F60.81)	Sentimiento de prepotencia (importancia de uno mismo exagerada), expectativas de privilegios injustificadas, arrogancia benevolente, falta de empatía y tendencia a explotar a otros.					
Inconformista/Antisocial (301.7/F60.2)	Resistencia o incapacidad de adaptarse a las normas sociales, y sentimientos de culpa y remordimiento insuficientes por conductas propias irresponsables, manipuladoras, mentirosas e impulsivas.					
Autoritario/Sádico	Conductas verbales o físicas que humillan a los demás, así como agresión explosiva y acciones repentinas que pretenden intimidar, controlar y dominar a otros.					N/A
Responsable/Compulsivo (301.4/F60.5)	Rigidez conductual y preocupación por las normas, el perfeccionismo, el control y el orden en detrimento de la flexibilidad, la amabilidad, la franqueza y la espontaneidad.					
Insatisfecho/Negativista	Obstruccionismo, malhumor, negativismo, así como sentimientos de ser una víctima incomprensida. Expresión de envidia y resentimiento hacia aquellos que tienen más suerte o poder.					N/A

Patrón de personalidad (Código DSM/CIE)	Descripción del patrón de personalidad	Nivel				
		0	1	2	3	4
Maltratado/Masoquista	Compromisos de sacrificio reiterados en detrimento de experiencias agradables propias. Atracción por las relaciones que llevan a la decepción, al fracaso o a los malos tratos.					N/A
Excéntrico/Esquizotípico (301.22/F21)	Rarezas sociales y déficits interpersonales, distorsiones cognitivas, así como conductas y pensamientos inusuales o excéntricos. La aptitud para entablar o mantener relaciones significativas o íntimas es reducida.					
Inestable/Límite (301.83/F60.3)	Fuerte inestabilidad en las relaciones interpersonales. Sentido de uno mismo escindido e imprevisible, miedos intensos de abandono, amenazas suicidas y conductas autodestructivas.					
Desconfiado/Paranoide (301.0/F60.6)	Reiterada suspicacia y desconfianza hacia otros. Dudas persistentes de los motivos e intenciones de los miembros de la familia o las personas del entorno laboral que interpreta como poco claros, retorcidos y malevolentes.					

Respecto a las valoraciones anteriores de los patrones de personalidad, marque el nivel de precisión general:

☐	Alto: las valoraciones se basan en información abundante y en una comprensión de los rasgos sólida; se puede asumir que estas valoraciones son precisas.
☐	Moderado: las valoraciones se basan en información suficiente y en una comprensión clínica de los rasgos adecuada. No obstante, información adicional puede dar lugar a estimaciones más precisas.
☐	Bajo: las valoraciones se basan en información limitada; la comprensión de los rasgos en este momento es superficial. Información adicional probablemente dé lugar a estimaciones más válidas.

SÍNDROMES CLÍNICOS

Instrucciones: Para cada síndrome clínico, marque con una X el nivel de disfunción que corresponda siguiendo las descripciones proporcionadas en la tabla 1. Haga *una sola marca* para cada síndrome clínico. Para aquellos síndromes marcados con un nivel 4, especifique el código del diagnóstico DSM/CIE que corresponda.

Síndrome clínico (Código DSM/CIE)	Descripción del síndrome clínico	Nivel				
		0	1	2	3	4 (especificar código DSM/CIE)
Ansiedad generalizada (300.02/F41.1)	Habitualmente tenso, temeroso, emotivo; indeciso, sin aliento e inquieto. Tendencia a manifestar síntomas físicos diversos, como tensión muscular, sudoración excesiva, dolores musculares difusos y náuseas.					
Síntomas somáticos (300.82/F45.1)	Expresión de problemas psicológicos a través de canales corporales. Periodos persistentes de fatiga y debilidad y expresiones dramáticas de diversos dolores, en general sin causa específica, en regiones corporales no relacionadas.					
Bipolar	Susceptibilidad a emociones bipolares. Puede alternar impredeciblemente desde la normalidad hasta la excitación maníaca y la depresión profunda.					
Depresión persistente (distimia)	Abatimiento persistente, sentimientos de culpa, falta de iniciativa, apatía y baja autoestima. Comentarios frecuentes de autodesprecio e inutilidad. Puede manifestar ganas de llorar, ideación suicida, visión pesimista del futuro, aislamiento social, disminución o aumento del apetito, fatiga crónica, problemas de concentración y reducción del interés en actividades que previamente resultaban placenteras.					
Depresión mayor	Incapacidad de funcionamiento en el entorno habitual. Visión pesimista del futuro, ideación suicida y sensación generalizada de resignación desesperanzada. Tendencia a manifestar alteraciones psicomotoras, agitación, insomnio, fatiga y disminución o aumento de peso.					
Consumo de alcohol	Tiene una historia de abuso y/o dependencia del alcohol.					

Síndrome clínico (Código DSM/CIE)	Descripción del síndrome clínico	Nivel				
		0	1	2	3	4 (especificar código DSM/CIE)
Consumo de sustancias o drogas	Tiene una historia de abuso y/o dependencia de sustancias o drogas (con o sin prescripción médica).					
Estrés postraumático (309.81/F43.10)	Síntomas de TEPT caracterizados por la reexperimentación intensa de eventos traumáticos anteriores y por la agitación emocional asociada.					
Lesión cerebral	Historia de traumatismo cerebral grave que conlleva fuertes cefaleas, dificultades de memoria y problemas de concentración.					N/A
Pensamiento esquizofrénico	Pensamiento incongruente, desorganizado, excéntrico o regresivo. A menudo la conducta parece confusa y desorientada, ocasionalmente muestra afecto inapropiado, alucinaciones o delirios no sistematizados.					
Delirios paranoides	Delirios irracionales, pero interconectados, de temáticas celosa, persecutoria o de grandeza. Posibles respuestas de hostilidad ante el sentimiento de ser difamado o maltratado.					N/A

Respecto a las valoraciones anteriores de los síndromes clínicos, marque el nivel de precisión general:

- Alto: las valoraciones se basan en información abundante y en una comprensión de los síntomas sólida; se puede asumir que estas valoraciones son precisas.
- Moderado: las valoraciones se basan en información suficiente y en una comprensión clínica de los síntomas adecuada. No obstante, información adicional puede dar lugar a estimaciones más precisas.
- Bajo: las valoraciones se basan en información limitada; la comprensión de los síntomas en este momento es superficial. Información adicional probablemente dé lugar a estimaciones más válidas.

Parte C

Responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta la interacción con el sujeto hasta este momento:

- ¿El sujeto, si ha sido maltratado o humillado, quiere que se haga justicia?
- ¿El sujeto tiene tendencias suicidas o tiende a hacerse daño de otro modo?
- ¿El sujeto es incapaz de controlar o contener sus emociones?
- ¿El sujeto se siente aislado o desconectado de los demás?
- ¿El sujeto se muestra excesivamente preocupado por enfermedades físicas?
- ¿De repente el sujeto parece hostil o descontrolado de alguna forma?

Sí	No	No lo sé



Copyright © 2013 DICANDRIEN, Inc. Copyright de la adaptación española © 2016 DICANDRIEN, Inc. Todos los derechos reservados. Adaptado y distribuido por Pearson Educación, S. A., Ribera del Loira, 28, 1.º, Madrid 28042, bajo licencia de NCS Pearson, Inc. (EE. UU.). Pearson, PSI logo y Psychcorp son marcas registradas en EE. UU. y/u otros países por Pearson Education, Inc. o sus asociados. MCMI y Millon son marcas registradas por DICANDRIEN, Inc. Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Bibliografía

- Aguerrevere, L. E., Greve, K. W., Bianchini, K. J., y Meyers, J. E. (2011). Classification accuracy of the Millon clinical multi-axial inventory-III modifier indices in the detection of malingering in traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(5), 497-504.
- Allen, M. J., y Yen, W. M. (2002). *Introduction to measurement theory*. Long Grove, IL: Waveland Press.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anastasi, A., y Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7.^a ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Anthony, M. M., y Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2.^a ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Arbuckle, J. L. (2006). AMOS (Versión 6.0) [Software]. Small Waters, Chicago: SPSS.
- Archer, R. P., y Smith, S. R. (2014). *Personality assessment* (2.^a ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Bagby, R. M., y Marshall, M. B. (2005). Assessing response bias with the MCMI modifying indices. En R. J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon clinical multi-axial inventory* (pp. 227-247). Nueva York, NY: Wiley.
- Bram, A. D., y Yalof, J. (2015). Quantifying complexity: Personality assessment and its relationship with psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 35(1), 74-97.
- Campbell, D. T., y Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Cantor, N., y Genero, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 233-256). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Choca, J. P. (2004). *Interpretive guide to the Millon clinical multi-axial inventory* (3.^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed.). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, B. H. (1996). *Explaining psychological statistics*. Pacific Grove, CA: Brooks & Cole.
- Comrey, A. L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 754-761.
- Craig, R. J. (Ed.). (2005). *New directions in interpreting the Millon clinical multi-axial inventory-III (MCMI-III)*. Nueva York, NY: Wiley.

- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or, the preservation of favoured races in the struggle for life*. Londres: J. Murray.
- Daubert, S. D., y Metzler, A. (2000). The detection of fake-bad and fake-good responding on the Millon clinical multi-axial inventory-III. *Psychological Assessment*, 12(4), 418-424.
- Derogatis, L. R. (2013). *Inventario breve de 18 síntomas (BSI 18)*. Madrid: Pearson Educación.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Self-report questionnaires. En S. N. Haynes y E. M. Heiby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 3: Behavioral assessment* (pp. 194-221). Hoboken, NJ: Wiley.
- Gadermann, A. M., Guhn, M., y Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17, 1-13.
- Gill, M. M. (1963). *Topography and systems in psychoanalytic theory*. Nueva York, NY: International Universities Press.
- Gilligan, C. (1981). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glaros, A. G., y Kline, R. B. (1988). Understanding the accuracy of tests with cutting scores: The sensitivity, specificity, and predictive value model. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 1013-1023.
- Hoffmann, T., Bennett, S., y Del Mar, C. (2013). Introduction to evidence-based practice. En T. Hoffmann, S. Bennett, y C. Del Mar (Eds.), *Evidence based practice across the health professions*. Sydney: Churchill Livingstone.
- Horowitz, L. M., Post, D. L., French, R., Wallis, K. D., y Siegelman, E. Y. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575-585.
- Hoyle, R. H. (1991). Evaluating measurement models in clinical research: Covariance structure analysis of latent variable models of self-conception [Sección especial]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 67-76.
- Hurt, S. W., Reznikoff, M., y Clarkin, J. F. (1991). *Psychological assessment, psychiatric diagnosis, & treatment planning*. Nueva York, NY: Brunner/Mazel.
- Huxley, T. H. (1870). Mr. Darwin's critics. *Contemporary Review*, 18, 443-476.
- Klein D. N., Schwartz J. E., Rose S., y Leader J. B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 931-939.
- Langer, D. A., Wood, J. J., Bergman, R. L., y Piacentini, J. C. (2010). A multitrait-multimethod analysis of the construct validity of child anxiety disorders in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(5), 549-561.
- Magnusson, D. (1967). *Test theory*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Maruish, M. E. (Ed.). (2004). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3.ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McNeish, D. (2017). Thanks Coefficient Alpha, We'll Take it From Here. *Psychological Methods*. 10.1037/met0000144.
- Millon, T. (1969/1983). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Filadelfia: Saunders (Reimpresión: Prospect Heights, IL: Waveland Press).
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, axis II*. Nueva York, NY: Wiley.

- Millon, T. (1984). On the renaissance of personality assessment and personality theory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 450-466.
- Millon, T. (1986a). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-712). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Millon, T. (1986b). A theoretical derivation of pathological personalities. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 639-670). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology*. Nueva York, NY: Wiley.
- Millon, T. (1999). Reflections on psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72, 437-457.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality* (3.^a ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Millon, T., y Bloom, C. (2008). *The Millon inventories: A practitioner's guide to personalized clinical assessment* (2.^a ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Millon, T., y Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (ed. rev.). Nueva York, NY: Wiley.
- Millon, T., y Davis, R. D. (1997). The MCMI-III: Present and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 68, 69-85.
- Millon, T., y Davis, R. D. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2.^a ed.). Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R. y Millon C. (2011 [ed. orig. TEA Ediciones, 2007]). *Inventario clínico multiaxial de Millon-III*. Madrid: Pearson Educación.
- Millon, T., y Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. Nueva York, NY: Wiley.
- Millon, T., y Grossman, S. (2007a). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Nueva York, NY: Wiley.
- Millon, T., y Grossman, S. (2007b). *Overcoming resistant personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Nueva York, NY: Wiley.
- Millon, T., y Grossman, S. (2007c). *Resolving difficult clinical syndromes: A personalized psychotherapy approach*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Millon, T. y Grossman, S. (2012). Personalized psychotherapy: The unification and customization of trait-oriented treatment. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 1(1). 61-86.
- Millon, T., Grossman, S., Meagher, S., Millon, C., y Everly, G. (2000). *Personality-guided therapy*. Nueva York, NY: Wiley.
- Moretz, M. W., y McKay, D. (2008). Statistical conclusion and construct validity in experimental and quasi-experimental designs. En D. McKay (Ed.), *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (pp. 35-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2015). *Informe de dades de 2015*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut.
- Peters, G-J. Y. (2014). The alpha and the omega of scale reliability and validity: Why and how to abandon Cronbach's alpha and the route towards more comprehensive assessment of scale quality. *Euro Health Psychologist*, 16, 56-69.
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del psicólogo*, 77, 65-71.

- Quinnell, F. A., y Bow, J. N. (2001). Psychological tests used in child custody evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 491-501.
- Rapaport, D. (1959). The structure of psychoanalytic theory: A systematizing attempt. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Retzlaff, P. D. (1995). *Tactical psychotherapy of the personality disorders: An MCMI-III-based approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Rushton, J. P. (1985). Differential K theory: The sociobiology of individual and group differences. *Personality and Individual Differences*, 6, 441-452.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., y Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sattler, J. M. (2008). *Assessment of children: Cognitive foundations* (5.ª ed.). La Mesa, CA: Autor.
- Schoenberg, M. R., Dorr, D., y Morgan, C. D. (2003). The ability of the Millon clinical multiaxial inventory-third edition to detect malingering. *Psychological Assessment*, 15, 198-204.
- Schoenberg, M. R., Dorr, D., y Morgan, C. D. (2006). Development of discriminant functions to detect dissimulation for the Millon clinical multiaxial inventory-third edition. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(3), 405-416.
- Spencer, H. (1870). *The principles of psychology*. Londres: Williams and Norgate.
- Vazire, S., y Mehl, M. R. (2008). Knowing me, knowing you: The accuracy and unique predictive validity of self-ratings and other-ratings of daily behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1202-1216.
- Widiger, T. A., y Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*, 17, 278-287.
- Widiger, T. A., y Smith, G. T. (2008). Personality and psychopathology. En O. P. John, R. W. Robins, y L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3.ª ed., pp. 743-769). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wilson, E. O. (1978). *On human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., y Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6, 21-29.